

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1918

THÈSE

N°

99

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Joseph DELCAMP

De la Faculté de Médecine de Paris,
Externe des Hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA

GROSSESSE ECTOPIQUE

AVEC ENFANT VIVANT

PRONOSTIC MATERNEL ET FOETAL APRÈS LE CINQUIÈME MOIS
CONDUITE A TENIR

Président : M. POZZI, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1918



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1918

THÈSE

N°

99

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Joseph DELCAMP

De la Faculté de Médecine de Paris,
Externe des Hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA

GROSSESSE ECTOPIQUE

AVEC ENFANT VIVANT

PRONOSTIC MATERNEL ET FOETAL APRÈS LE CINQUIÈME MOIS
CONDUITE A TENIR



Président : M. POZZI, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1918

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR POUCHET

	PROFESSEURS	MM.
Anatomie.		NICOLAS
Anatomie topographique.		AUGUSTE BROCA
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		WEISS
Chimie organique et Chimie générale.		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale.		LEJARS
Anatomie pathologique.		LETULLE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		N.
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique.		N.
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		N.
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		DEBOVE
Clinique médicale.		WIDAL
		GILBERT
		CHAUFFARD
		HUTINEL
Maladies des enfants.		N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		PIERRE MARIE
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		N.
Clinique ophtalmologique.		HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.		DE LAPERSONNE
		LEGUEU
Clinique d'accouchements.		BAR
		COUVELAIRE
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.		MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEU-LAVASTINE	NICLOUX	SICART
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de reconnaissance
et de grande affection.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté.
Vice-président de l'Académie de Médecine.
Ancien Sénateur.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR

Médecin des hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien des Hôpitaux.
Officier de la Légion d'Honneur.
Décoré de la Croix de Guerre.
In memoriam.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRÉGOIRE

Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.
Décoré de la Croix de Guerre.

MONSIEUR LE DOCTEUR BIZARD

Médecin de Saint-Lazare.
Médecin de la Préfecture de Police.

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUGEROT

Professeur agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur.
In memoriam.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN

Professeur agrégé à la Faculté, Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND

Médecin des Hôpitaux.
Officier de la Légion d'Honneur.

AUX DOCTEURS D'ALBIOUSSE, LINNÉ, ROULIER,

Avant-Propos

Le 29 décembre 1916, entrant à la maternité de Lari-boisière, la femme B... Elle présentait les symptômes d'une grossesse de six mois environ, se plaignait de métrorraphies, de douleurs abdomino-pelviennes et surtout d'un prolapsus utérin. Ce prolapsus n'était autre qu'une volumineuse hypertrophie du col qui attira vivement l'attention de ceux qui l'examinèrent. La malade fut mise au repos et la grossesse continua à évoluer normalement, sauf quelques incidents sans importance. Mais l'hypertrophie du col alla en progressant; on craignit qu'elle ne constituât un obstacle insurmontable à la dilatation au moment du travail. Finalement, plusieurs hypothèses ayant été envisagées et rejetées, le Docteur Demelin chef de service, et le Docteur Devraigne, son assistant, décidèrent de pratiquer l'opération césarienne au début du travail. Ainsi fut fait le 16 avril 1916. L'opération fut pratiquée par le Docteur Devraigne. La paroi abdominale incisée il découvrit un kyste fœtal développé en dehors de l'utérus. Un enfant vivant, bien développé, mais mal constitué, fut retiré. Le placenta et les membranes fortement adhérents furent extirpés séance tenante, après ligatures prophylactiques des

pédicules utéro-ovariens et utérins. Malgré l'apparition d'une phlébite précoce, la mère guérit. L'enfant présentait des malformations céphaliques considérables. Cependant il était vigoureux ; l'allaitement fut facile, l'accroissement régulier jusqu'à la sortie de la maternité. Il survécut.

Telle est brièvement résumée — nous en donnerons plus loin le détail — l'observation inédite que le Docteur Devraigne a eu l'obligeance de nous communiquer. Nous avons recherché et rapporté les observations semblables publiées depuis 1894. Nous avons relu celles qu'à cette date, Orrillard a recueilli dans sa thèse. A l'aide de ces documents assez nombreux actuellement, nous essaierons d'abord de dégager les conséquences qui résultent, pour la mère, de la grossesse extra-utérine, à partir du moment où la femme sent remuer, où les bruits du cœur et les mouvements actifs sont perceptibles. Nous envisagerons ensuite le pronostic fœtal en étudiant le développement du fœtus en dehors de l'utérus, le degré de vitalité et la constitution de l'enfant retiré vivant.

Cependant l'étude du pronostic maternel et fœtal ne saurait être limitée à l'observation pure et simple de faits souvent dissemblables par les circonstances mêmes dans lesquelles ils se produisent. Elle n'est point uniquement théorique et spéculative ; elle comporte un côté pratique qu'il est impossible de passer sous silence.

Tout d'abord, l'œuf qui se développe en dehors l'utérus constitue une tumeur assez semblable à celles que l'on observe d'ordinaire dans la région péri-utérine. Il est

classique de la considérer comme une tumeur maligne tellement sont fréquentes et graves. les complications auxquelles elle donne lieu.

Cependant, lorsque les accidents du début ne se sont pas produits, aux environs du cinquième mois, le fœtus, par les bruits du cœur, par les mouvements actifs, manifeste sa vitalité. Dès lors, les uns considèrent que la vie de l'enfant est aussi précieuse que celle de la mère et qu'au demeurant, dans les conditions d'hygiène données, la gestation peut se poursuivre favorablement jusqu'à une époque voisine du terme. D'autres pensent au contraire, qu'elle est pour la femme une source de complications redoutables et que d'ailleurs le fœtus n'acquiert qu'exceptionnellement un développement suffisant pour survivre. Dans la première hypothèse il convient d'attendre la pleine viabilité de l'enfant ; dans la deuxième il convient d'interrompre le plutôt possible l'évolution de la gravidité. Ainsi posée la question d'opportunité de l'intervention se confond avec celle du pronostic maternel et fœtal.

Qu'il nous soit permis maintenant au moment où nous touchons à la fin de nos études médicales de reporter notre pensée vers des années déjà lointaines. A nos premiers maîtres des hôpitaux d'abord, les D^{rs} Le Noir, Arrou, Siredey, qui nous enseignèrent les éléments de la séméiologie; à nos maîtres d'externat ensuite, les D^{rs} Picqué, Grégoire, Gaucher, Gougerot, Bizard, Florand, nous adressons nos remerciement reconnaissants.

Le Docteur Demelin dont nous fûmes l'externe et l'in-

terne suppléant, nous permettra de lui rappeler avec quelle bienveillance il nous accueillit dans son service de Lariboisière. Ses leçons laissèrent dans notre esprit encore vierge des choses de l'obstétrique, une trace profonde. Le docteur Devraigne, son assistant a inspiré cette thèse. Nous n'oublierons pas de sitôt les bons conseils qu'il nous donna à la consultation ou dans les salles, toujours avec la plus grande amabilité, en ami tout autant qu'en maître. Nous garderons de lui le meilleur souvenir.

Les erreurs de diagnostic et leur conséquences

La grossesse ectopique qui a échappé pendant les cinq premiers mois à l'examen chirurgical reste dans la suite très souvent ignorée. Ce n'est pas la grossesse elle-même qui est méconnue; les mouvements actifs de l'enfant, les bruits du cœur fœtal suffisent à attirer l'attention mais on est enclin à la considérer comme normale et à attribuer à d'autres causes, les signes, souvent frustres, par lesquels l'anomalie se traduit. Disons le mot : on n'y pense point. A la vérité la grossesse interne a pu être considérée comme ectopique; l'erreur inverse est la règle. Ces faits sont de la plus haute importance, c'est pourquoi nous ne croyons pas devoir les passer sous silence avant d'envisager l'étude du pronostic tel qui ressort de l'ensemble des cas observés.

Absence de symptômes fonctionnels et physiques. — Il en est ainsi quelquefois. La femme se sent enceinte, mais néglige de se faire examiner parce qu'elle ne souffre pas. Dans le cas contraire l'examen n'apporte aucun renseignement; on attend sans impatience l'accouchement.

Cependant en dépit des apparences favorables, il n'est pas rare que des complications surviennent tantôt d'allure insolite, simulant par exemple la rupture de l'utérus, tantôt banales, liées à la gravidité elle-même (vomissement, éclampsie, albuminurie, etc.). Le traitement qui est institué (laparatomie (1), accouchement artificiel (2) fournit d'ordinaire l'occasion de redresser l'erreur de diagnostic.

Lorsque ces accidents n'ont pas lieu, à un moment donné plus ou moins rapproché du terme, le fœtus succombe. Il arrive que cette mort passe inaperçue. La rétention de l'enfant mort elle-même peut persister pendant de longues années si la femme ne s'inquiète pas, s'il ne se produit pas de complications. Souvent la mort de l'enfant est annoncée par des symptômes prémonitoires, des douleurs périodiques, le faux travail. Ces douleurs simulent celles de l'accouchement; mais le travail traîne en longueur (3); les moyens destinés à le hâter sont mis en œuvre: on se rend compte de la vacuité utérine. Découverte tardive; la mère est fréquemment épuisée et l'enfant a souffert plus qu'il ne fallait.

Difficultés d'interprétation des symptômes fonctionnels. — Les symptômes caractéristiques ne font point cependant constamment défaut. Les symptômes

(1) BAR. (*Bull. Soc. obstét. de Paris* 1898).

BAR. et BUFNOIR (*J. obstét.* 1903).

(2) DIEHL. (*Gaz. méd. du N.-E.* 1904).

MARTIN (*La Normandie médicale*, 1896).

JACOBS (*La Semaine gynéc.* 1901).

FOURNJÉ (*Bull. soc. obstét. de Paris*, 190).

(3) TISSIER (*Bull. soc. d'obstét. Paris*, 1909).

fonctionnels en particulier sont classiques. Au syndrome utérin (pertes de sang, douleurs, zone d'hyperesthésies, expulsion de caduques) il convient d'ajouter des troubles par compression (troubles de la miction, de la défécation, œdème unilatéral ictère, etc.). Malheureusement ces phénomènes sont souvent frustes et insuffisants, en l'absence de signes physiques nets, à mettre sur la voie du diagnostic : quand ils apparaissent séparément ils contribuent à l'égarer dans une large mesure. En présence des douleurs on pense volontiers : à la sigmoïdite (1), à l'appendicite (2), aux coliques hépatiques (3). Les troubles vésicaux et rectaux sont attribués à la rétroversion de l'utérus gravide (4); les hémorragies, à une fausse couche (5), au décollement prématuré du placenta (6), à une inversion basse de cet organe (7). Lorsque en pareil cas, la thérapeutique instituée ne met point l'erreur en lumière, les choses en restent là jusqu'à ce qu'un supplément d'information ait été rendu nécessaire, soit au cours de la gestation, soit au moment du faux travail, soit après la mort du fœtus.

Difficultés d'interprétation des signes physiques. — Ce que nous venons de dire des signes fonctionnels s'applique parfaitement aux signes physiques.

(1) TREUB (*Soc. obst. et de France* 1906).

(2) SITTENER (*Arch. für, gynoc.* 1901).

(3) BOCQUEL (*Revue mensuelle obst. et gynéc.* Angers 1912).

(4) HARRY-LUFKIN (*Amer. J. of obstét.* 1909).

BONNAIRE (*Soc. obst. de Paris*, 1900).

(5) JACOBS (*Sem. gynéc.* 1901).

BOISSARD (*Soc. obst. Paris*, 1899).

(6-7) MARTIN (*Normandie médicale*, 1896).

On les retrouve quelquefois tels qu'il ont été décrits. Ils sont très simples. A l'inspection : déformations atypiques du ventre par plusieurs tuméfactions d'inégal volume (kyste fœtal, utérus hypertrophié, vessie dilatée). Au palper : d'un côté, une tumeur volumineuse parfois renitente, élastique, tendue, parfois fluctuante. Elle contient un fœtus vivant tantôt très *accessible sous la paroi*, tantôt difficile à sentir. Du côté opposé, tumeur plus petite, dure, contractile, séparée de la première par un sillon : l'utérus. Au toucher le col est généralement ramolli mais non pas toujours en continuité avec le corps utérin, dévié du côté opposé et souvent repoussé derrière la symphyse, presque inaccessible. A l'auscultation, la présence du placenta sous la paroi abdominale se traduit par un souffle; les bruits du cœur fœtal sont perçus à des foyers anormaux et variables. Enfin le cathétérisme, le toucher intra-utérin, quelquefois-difficile à pratiquer, révèle la vacuité de la cavité utérine, signe pathognomonique. Cette symptomatologie est très caractéristique, mais les cas sont nombreux où elle est fragmentaire et difficile à établir.

Nous ne ferons que signaler, pour mémoire, le fait assez rare où une communication existe entre l'œuf et la cavité utérine. Le liquide amniotique, le méconium peuvent par ce moyen apparaître au dehors : l'erreur est inévitable.

Il arrive, plus souvent que le kyste fœtal et l'utérus constituent une masse unique et médiane. Seule l'exploration de la cavité utérine est susceptible, en ce cas, d'apporter des renseignements certains. Mais on hésite,

à juste titre à pratiquer le cathétérisme ou le toucher intra-utérin. Il faut avoir, pour le tenter, de sérieuses présumptions, tirées des symptômes fonctionnels. Nous savons combien ils prêtent à erreur.

De part ailleurs l'utérus n'est pas toujours nettement séparé de l'œuf. Tantôt il est situé en avant étalé sur le sac, tantôt il est disposé en arrière, plus ou moins rétrofléchi, tantôt sur le côté. Une tumeur étant reconnue, mais mal identifiée, on fait le diagnostic de fibrome previa, d'utérus fibromateux gravidé (1).

Quand la tête du fœtus descend dans le cul de sac de Douglas elle distend fortement la paroi du cul de sac postérieur du vagin à tel point que les sutures et les fontanelles deviennent facilement accessibles. On en a conclu à la dilatation totale d'un col inaccessible au doigt (2) ou la distension du segment inférieur de l'utérus (Tissier) (3).

Enfin il est possible que l'hypertrophie de l'utérus phénomène constant, *porte sur le col et le museau de tanche*, comme dans l'observation inédite que nous a communiqué le Docteur Devraigne. Elle avait tellement attiré l'attention que le diagnostic d'hypertrophie simple du col, au cours d'une grossesse anormale, avait été fait. On n'eut recours à la césarienne que pour prévenir les difficultés éventuelles de la dilatation du col, au moment du travail (Demelin et Devraigne, Lariboisière 1917).

(1) BOISSARD (*Soc. d'obstét. de Paris*, 1899).

TISSIER (*Bull. médical*, juin 1906).

J.-L. FAURE, *gynécologie*, 1900.

TREUB (*Soc. obstétr. de France*, 1906).

(2) POTOCKI. (*Annales de gynéco. et d'obstét.* 1908).

(3) TISSIER, (*Bull. méd.* juin 1906).

La césarienne fut également pratiquée dans le cas du Docteur Tissier (1), à la suite d'une interprétation erronée des signes physiques : solution heureuse si des complications n'ont pas eu lieu avant que le moment d'intervenir ne soit venu.

D'une manière générale les conséquences des erreurs de diagnostic sont néfastes pour la mère et pour l'enfant. Trop souvent la grossesse ectopique n'est reconnue qu'au cours de circonstances malheureuses. De là les opérations d'urgence, dangereuses et trop tardives qui eussent été évitées par une surveillance plus complète. D'ailleurs un grand nombre de complications, cela n'est pas douteux, tiennent à l'absence de toutes mesures prophylactiques. Dans les cas les plus favorables, l'enfant n'est pas secouru à temps, abandonné à lui-même il succombe et constitue pour la femme une source nouvelle d'accidents. Un bon diagnostic est donc indispensable, soit pour garantir la vie de la mère, soit pour sauver la mère et l'enfant, idéal, que d'aucuns prétendent réalisable après le cinquième mois. Pour l'établir, la nécessité s'impose, de penser plus souvent à la grossesse ectopique et de pratiquer plus volontiers, en cas de doute, le toucher intra-utérin.

(1) TISSIER, *Observ. citée.*

PRONOSTIC MATERNEL

Après le cinquième mois il est classique de considérer la grossesse extra-utérine comme à l'abri des complications les plus redoutables ; on peut discuter sur la nécessité de l'interrompre. Cependant la femme reste exposée :

1° A des accidents très graves, souvent inopinés et qui ne diffèrent pas notablement de ceux du début de la gestation.

2° A des troubles organiques et fonctionnels liés à l'augmentation de l'œuf dans une région non adaptée ou à la gravidité elle-même. Ils ont un retentissement fâcheux sur l'état général et d'autant plus qu'une intervention importante est nécessaire à un moment donné.

En fait, les complications ne se produisent pas toujours. La grossesse, dans ces conditions, peut atteindre, voire même dépasser, le neuvième mois ; mais alors il faut tenir compte des difficultés opératoires toujours considérables. Elles ont été suffisantes dans plusieurs cas pour occasionner la mort.

Grossesses ectopiques compliquées

ACCIDENTS GRAVES ET RAPIDEMENT MORTELS PENDANT LA GESTATION ET LE FAUX TRAVAIL.

Les complications susceptibles de mettre rapidement la vie de la mère en danger sont de trois ordres :

1° La rupture de l'œuf; c'est l'accident le plus fréquent.

2° L'infection de l'œuf. Elle est parfois consécutive à la rupture, parfois primitive.

3° L'occlusion intestinale aiguë; accident rare dont l'existence est contestable, tout au moins pendant la vie de l'enfant; mais qui nous semble établie par une observation.

I. — LA RUPTURE

Fréquence. — La rupture de l'œuf est l'accident par excellence de la première période. Son maximum de fréquence correspond au début de la gestation, de la sixième semaine au quatrième mois. Il serait, toutefois erroné de la considérer comme l'apanage exclusif de cette époque et dangereux de fonder sur sa rareté après le cinquième mois une différence totale de pronostic entre

la première phase de la grossesse ectopique et la deuxième. D'après Sittener elle se produit, après le cinquième mois, dans la proportion de 8 p. 100 des cas.

Mécanisme. — Dans la majorité des cas l'œuf est situé dans la cavité péritonéale, soit parce qu'il s'est greffé d'emblée sur la séreuse, soit parce qu'il a fait secondairement son expansion vers une région assez spacieuse pour le contenir après une rupture précoce ou un avortement tubaire sans conséquence fâcheuse. La grossesse péritonéale ainsi constituée est susceptible de se rompre car le sac fœtal est fragile. Ses enveloppes sont souvent incomplètes, uniquement fermées par l'amnios, plus ou moins renforcées par les adhérences; le chorion ayant été déchiré au moment de la rupture initiale en même temps que les parois tubaires (grossesse d'origine tubaire. Devraigne et Demelin, Potocki). En outre, la paroi abdominale assure une protection moins efficace que celle de l'utérus. Dans ces conditions les traumatismes peuvent jouer un rôle considérable.

Lorsque l'œuf a effectué son ampliation dans le ligament large, la grossesse ectopique d'origine tubaire ou ovarienne, est dite intra-ligamentaire. Les feuillets du ligament large sont dédoublés et le tissu cellulaire de la gaine hypogastrique renforce les parois du kyste fœtal. Il est ainsi mieux protégé (Couvelaire) cependant, nous l'avons vu s'ouvrir dans l'utérus au cours du faux travail (Tissier).

Enfin dans une troisième variété de faits l'œuf reste enfermé dans la trompe, progressivement distendue,

pendant une longue période de la gestation, voire même jusqu'au terme. La trompe s'était dilatée sans se rompre jusqu'à 7 mois (Sinclair), 5 mois 1/2 (Demelin et Rochard), 5 mois et 1/2 et 6 mois (Woerth), 7 et 8 mois (Bar), 6 mois (Zemann), 9 mois (The Lancet 1910). Ces anomalies sont le propre des grossesses tubaires externes (infundibulaires, tubo-abdominales) et des grossesses tubaires-internes (intersticielles), (Demelin, Bar, Woerth). A ses deux extrémités, contrairement à ce qui se passe pour l'isthme la trompe peut se laisser distendre énormément. Cependant l'œuf est mis en tension, il faut compter également avec les villosités choriales qui dissocient les tissus de la trompe, avec les congestions vasculaires, susceptibles de se produire sous l'influence de causes multiples et d'augmenter brusquement la pression. En un mot un équilibre instable est réalisé, la rupture est imminente. Elle peut se manifester spontanément, et comme elle intéresse fréquemment le pôle placentaire (Couvelaire), comme elle se prolonge parfois sur le bord de l'utérus (Bar), l'hémorragie est profuse.

Symptômes cliniques.— En clinique la rupture relève parfois d'une cause évidente. Un choc par exemple. Parfois elle est précédée par des symptômes prémonitoires frustes. Douleurs plus vives, tension du kyste, etc. (Boissard-Picque) on peut, en quelque sorte, la prévenir si l'attention est attirée vers elle. Souvent elle survient brusquement et sans prodromes.

Accidents bénins.— Les conséquences de la rupture

ne sont pas toujours très graves. En général l'enfant succombe, mais il peut continuer à se développer, soit qu'il reste protégé par les membranes, soit qu'il passe dans la cavité péritonéale (1). Quelque soit le sort du fœtus il arrive parfois que la mère n'éprouve aucun trouble notable (2). D'ailleurs, la laparotomie pratiquée rapidement a été assez souvent suivie de succès (3).

Ces réserves étant faites il n'en est pas moins vrai que la rupture tardive, comme celle qui survient au début est un accident redoutable. Le Professeur Pinard dans sa statistique de 1892, en rapporte trois cas suivis de mort. Elle donne lieu à des hémorragies abondantes et à des phénomènes infectieux. •

Hémorragies graves, inondation péritonéale. —

Quand les gros vaisseaux des membranes sont ouverts ou bien lorsque la fissure intéresse la zone placentaire l'hémorragie est abondante. Le syndrome des hémorragies internes abondantes, qu'elle qu'en soit la cause, varie peu. Douleur subite et violente pâleur de la face, troubles visuels et auditifs, vomissements, tension douloureuse de la paroi, pouls misérable, matité dans les régions déclives de l'abdomen. La mort peut survenir de ce fait, très rapidement, ou bien au bout de plusieurs jours, si les adhérences et la formation de caillots retar-

(1) DUNRSMOOR. — *North-West Lancet Minneapolis*, 1904.

DOLERIS. — *La gynécologie*, 1898

(2) J. L. FAURE. — *La gynécologie*, 1906.

POTOCKI. — *Arch. de gynéc. et d'obstétrique*, 1906.

(3) HELLIER. — *British. médical J.*, 1900,

HENROTIN. — *Soc. de gynéc. de Chicago*, 1896.

PATERSON. — *Obstet. soc. of.*, London, 1900.

dent l'issue du sang hors des vaisseaux. La laparatomie pratiquée d'urgence, dans de pareilles circonstances, est assez rarement suivie de succès parce que la faiblesse de la femme est extrême, et aussi parce qu'elle est l'occasion d'une perte de sang supplémentaire. Elle demeure en tout cas la seule planche de salut. Voici quelques observations d'hémorragies graves consécutives à la rupture tardive de l'œuf :

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine abdominale secondaire rompue aux environs du terme, déchirure du placenta, hémorragie grave, laparatomie; marsupialisation du sac difficile, extirpation du placenta, mort de la mère et de l'enfant* (Bonnaire. *Bull. soc. obst. de Paris* 1911).

Femme âgée de 32 ans, secundipare. Dernières règles septembre 1910. En décembre pertes rosées. En janvier douleurs violentes syncopales, rétention d'urine qui fait penser à une *retroversion de l'utérus gravide*. A partir de cette date la grossesse évolue assez favorablement. Le 20 mai 1911 douleur violente et subite, température 39, pouls 140, vomissements, tension douloureuse de l'abdomen. Le 22 mai la malade entre à l'hôpital, la grossesse ectopique est reconnue. Dans le flanc gauche tumeur avec fœtus vivant, le corps de l'utérus est à droite. Au toucher le col de l'utérus apparaît ramolli dévié à gauche et en haut, en continuité avec le corps utérin. Cavité utérine vide. Aggravation subite des symptômes généraux. Laparatomie le 23 mai. Nombreux caillots dans le péritoine, le sac est adhérent à l'utérus, au douglas à l'intestin. Marsupialisation difficile par suite de la friabilité des membranes. Tentative de décollement du placenta, grosse hémorragie. Opération de Porro. La mort survient dans les 24 heures. Le fœtus est retiré mort depuis peu. Il pèse 2350 grammes. Sa tête est inclinée sur

l'épaule droite, déviation à gauche du maxillaire et aplatissement de la région temporo-pariétale droite. Pieds bots varus equins.

L'autopsie de la mère montre que la déchirure s'est produite au pôle placentaire ; plongeant dans le bassin, le péritoine pariétal a été décollé et un volumineux hématome s'est constitué dans la fosse lombaire gauche ; le rein baigne au milieu du sang.

Obs. II. — Grossesse tubo-interstitielle rompue après le huitième mois ; déchirure du bord de l'utérus, mort de la mère et de l'enfant. (Bar, Soc. obst. Paris 1898).

La grossesse étant arrivée près du terme et supposée normale la femme est prise brusquement sans traumatisme préalable immédiat ou antérieur, d'une violente douleur accompagnée de symptômes péritonéaux avec hémorragie externe qui font penser à la rupture de l'utérus. Pas de début de travail, pas de perte d'eau, légère hémorragie vaginale. Laparatomie immédiate. On trouve la trompe droite dilatée à son extrémité interne. La déchirure intéresse la trompe et le bord de l'utérus. Caillots nombreux dans le péritoine. Le fœtus est mort. Hystérectomie, mort de la mère.

Obs. III. — Grossesse tubo-interstitielle rompue au 7^e mois. Mort de la mère et de l'enfant (Bar et Bufnoir, l'Obstétrique 1903).

Le 26 décembre 1899 une femme enceinte de 7 mois environ entre à la maternité de S^t Antoine présentant de violentes douleurs dans le ventre. Vomissements, facies pâle et grippé, ventre douloureux, palpation impossible : état très grave. La mort survient rapidement avant toute tentative d'opération. A l'autopsie on trouve un kyste fœtal constitué par la partie interstitielle de la trompe dilatée comme l'in-

dique la situation du ligament sort au milieu du sac. Nombreuses adhérences périphériques. La déchirure a intéressé le placenta, nombreux caillots dans le péritoine. La partie externe de la trompe du même côté et l'ovaire sont sains. Le fœtus pelotonné dans le kyste pèse 1.075 grammes, mort à la suite de la rupture.

Obs. IV. — *Grossesse extra-utérine rompue au cours du faux travail, au voisinage du terme, mort de l'enfant. Hémorrhagie grave, guérison de la mère.* (Elisabeth Bieblly *British, medical Journal* 1898).

Femme Hindoue. A eu déjà trois grossesses normales. Elle est en travail depuis vingt-quatre heures environ. Elle présente tous les signes des grandes hémorrhagies internes et en plus un écoulement de sang par le vagin. Le palper permet de sentir facilement le fœtus à travers la paroi abdominale. Au toucher on arrive à saisir un pied du fœtus dans le fond du vagin. La laparatomie est décidée. Le ventre contient une grande quantité de sang frais ; le fœtus à terme est mort depuis peu. L'œuf est déchiré à son pôle inférieur, la fissure intéresse le placenta et le cul de sac vaginal ? La femme déclare ne pas avoir subi de traumatisme ; extirpation totale du kyste : guérison au bout de cinq semaines.

Infection de l'œuf et du péritoine. — L'hémorrhagie consécutive à la rupture n'est point heureusement toujours abondante. Cela tient à ce que la zone déchirée est ovasculaire ou peu vasculaire. Mais il est rare qu'une petite quantité de sang ne soit pas épanchée avec le liquide amniotique. Des caillots se forment. Parfois les choses en restent là, les caillots s'organisent, le liquide amniotique se resorbe, la grossesse continue à évoluer ; parfois même la mort de l'enfant ne provoque

pas d'accident, nous l'avons vu. Cependant quoiqu'il advienne et surtout si le fœtus succombe, il faut craindre l'infection et la suppuration. Les microbes viennent de l'intestin* (collibacillose, Bar) par l'intermédiaire du placenta et des adhérences intestinales; les liquides épanchés constituent le milieu favorable à leur prolifération. La température s'élève, les vomissements persistent et l'on assiste rapidement, si l'on n'intervient pas, à l'éclosion d'une péritonite. En voici deux observations caractéristiques :

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine rompue aux environs du 8^e mois. Laparatomie, marsupialisation et drainage. Résultat heureux pour la mère et l'enfant* (Mlle Traverson, thèse de Paris, 1917).

Femme tripaire âgée de 37 ans; les dernières règles datent du 15 décembre 1915. La première partie de la grossesse est marquée par des douleurs et des pertes de sang par le vagin qui contraignent la malade à garder le lit à plusieurs reprises. Le 26 juillet 1916 elle est prise subitement de douleurs violentes. Puis accalmie relative. Le 2 août les douleurs s'aggravent. Tension de la paroi, langue sèche, fièvre 38°5. — Pouls accéléré.

L'anurie est complète. Le 3 août les symptômes s'aggravent encore. On décide de pratiquer la laparatomie; diagnostic : péritonite. A l'ouverture on trouve le péritoine rempli de caillot; l'intestin fortement vascularisé, la séreuse dépolie. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine rompue. L'enfant est encore vivant, il est retiré et péniblement ranimé. Le kyste et le placenta sont enlevés après le hémostase préventive par pincement des pédicules utérins et utéro-ovariens. Hémorragie peu importante. L'opération est terminée par hystérectomie subtotale (opérateur Dr Vignard de l'Hôtel-Dieu de

Nantes). Drainage vaginal et abdominal, tamponnement.

Les suites de couches sont heureuses. L'état de la mère s'améliore rapidement. La guérison est obtenue un mois et demi après l'intervention.

L'enfant est débile. Regurgitations glaireuses abondantes dont la causè doit être recherchée dans des inspirations prématurées. Les téguments sont violacés. Selles fétides, cris plaintifs. Allaitement difficile. A la sortie de l'hôpital son état semble s'être cependant un peu amélioré. Il présente des déformations crâniennes considérables, dépression temporo-pariétale droite, atrophie de la face et du cou. Main et pieds bots.

Obs. II. — *Grossesse extra-utérine rompue à huit mois, péritonite secondaire. Enfant retiré mort depuis peu. Mort de la mère.* (Ghezzi. *Arte ostetricia Milano*, 1903, p. 289).

Femme de 36 ans, mariée depuis 14 ans. 3 grossesses. Dernières règles 5 à 7 janvier. En mars douleur. A trois mois et demi violente douleur qui dure jusqu'en août. En août on entend les bruits du cœur, palpation peu certaine. Col peu ramolli, non perméable. En septembre insomnie, inappétence. Anémie, oligurie. Au milieu de septembre la malade est prise subitement d'une violente douleur. Le ventre augmente considérablement de volume; on pense à une crise d'hydrommos aigu. Vomissements continuels et douleurs subintrantes rappelant celles de l'accouchement. L'exploration est difficile, bruit du cœur fœtal non perçu quoique la malade déclare avoir senti remuer depuis peu. Au bout de deux jours on transporte la malade à Milan. Opération décidée avec diagnostic incertain de rupture de l'utérus.

A l'ouverture on constate la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin. Elle siège au pôle membraneux sur une longueur de huit centimètres. La péritonite est en pleine évolution.

La mère succombe pendant l'opération (27 septembre). L'enfant mort est en voie de putréfaction. Il pèse 3.250 grammes. La rupture s'était donc produite au début du faux travail, avait entraîné la mort de l'enfant et la péritonite.

OBS. III. — *Grossesse extra-utérine rompue à huit mois; mort de la mère et de l'enfant.* Sanchez et Bastidas. Quito observ. inédite, 1916.

Femme âgée de 34 ans, tripaire : dernières règles 17 décembre 1915. Au début de février 1916, douleurs abdominales; vomissement, état syncopal; la grossesse n'a pas été interrompue. Le 29 août 1916 elle entre à l'hôpital. Elle est pâle, fatiguée, pouls 110, température 38°6, urine albumineuse. Elle se plaint de douleurs abdominales réveillées par la palpation; la paroi abdominale est tendue. L'utérus dépasse l'ombilic de quatre travers de doigts : sensation de crépitation nerveuse dans les flancs. Position du fœtus mal définie, on ne perçoit pas les bruits du cœur, col ferme ramolli. Diagnostic : décollement du placenta. Le 30 août laparatomie. On constate une grossesse ectopique rompue au huitième mois. Le ventre est rempli de caillots et d'un liquide rose fétide. Le kyste foetal est adhérent à la trompe droite et au cœcum. Il est extirpé facilement en même temps que l'utérus. L'enfant mort depuis peu est en voie de putréfaction. Drainage après hémostase, sérum, huile camphrée. La femme succombe le 15 octobre à la septicémie.

II. — INFECTION SPONTANÉE DE L'ŒUF PENDANT LA VIE DE L'ENFANT

L'infection de l'œuf extra-utérin, provoquée par les germes sceptiques issus de l'intestin maternel, est en général un accident consécutif à la mort du fœtus et à la

rétention du produit de la conception. Pendant la vie de l'enfant, l'infection de l'œuf se produit, quelquefois après la rupture; nous avons vu comment. En dehors des deux précédentes hypothèses elle passe pour être rare. Elle n'est pas exceptionnelle puisqu'Orrillard en a recueilli sept cas (sept fois la mère succomba, deux fois l'enfant fut secouru à temps). On l'a vu coïncider avec le faux travail, soit parce qu'elle le provoque, soit parce qu'elle est provoquée par lui.

Tantôt le fœtus est seul infecté; il succombe dans l'œuf. Retiré vivant il est d'ordinaire incapable de survivre. Gueniot (thèse Orrillard) rapporte le cas d'un enfant extra-utérin qui présenta au bout de trois semaines des abcès multiples. Tantôt l'infection se propage au liquide amniotique, aux membranes, au péritoine, et constitue une complication très grave qui entraîne presque toujours la mort de la mère et de l'enfant comme dans les cas suivants :

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine au voisinage du terme ; faux-travail, gravité de l'état général, laparatomie; extirpation du placenta et des membranes; guérison de la mère, mort de l'enfant* (Fournié, *Bull. soc. obstétr. de Paris*, 1905).

Femme présentant les symptômes d'une grossesse normale entre en travail le 2 janvier 1905. Le travail traîne en longueur. Le col ne se dilate pas; l'abdomen devient douloureux. La femme vomit, traits tirés, pouls à 130, fièvre 38°5, perte de sang par le vagin, oligurie. Elle est examinée par le docteur Fournié (d'Amiens). On pense à un abcès ou à une tumeur voisine de l'utérus gravide.

Un nouvel examen pratiqué sous chloroforme permet de reconnaître l'utérus augmenté de volume à droite, comme si la grossesse était de cinq mois. A gauche, tuméfaction dont la nature est mal définie. L'opération est décidée à cause de la gravité de l'état général. A l'ouverture on trouve le péritoine fortement vascularisé et dépoli. Un kyste fœtal est maconné au milieu des anses intestinales; son enveloppe est formée en partie par des anses agglutinées, en partie par des membranes minces transparentes et friables, le pôle inférieur placentaire adhère à la trompe gauche. Le fœtus est extrait il pèse 1850 grammes. La marsupialisation est jugée impossible; malgré les adhérences, l'extirpation totale du sac est tentée et rapidement conduite, hémorragie abondante, perte de sang, $3/4$ de litre à un litre. Drainage. Tamponnement.

La mère guérit. L'enfant quoique bien conforme ne survécut qu'une demi-heure, parce que débile et intoxiqué par son séjour au milieu de l'intestin infecté.

OBS. II. — *Grossesse intra-ligamentaire à terme, infection rapide de l'œuf au cours du faux-travail, ouverture du kyste dans l'utérus, mort de l'enfant, mort de la mère.* (Tissier *Bull. soc. obstét. de France*, 1909).

Primipare ayant présenté les symptômes d'une grossesse normale sauf quelques douleurs vers le troisième mois. Au moment du travail une sage-femme est appelée; le travail traîne en longueur. 27 juin, douleur subite violente accompagnée de choc, écoulement de sang par le vagin. On la fait transporter à l'hôpital avec le diagnostic de rupture utérine. Là on pense au décollement prématuré du placenta. L'enfant est vivant; écoulement fœtide, température 39° , pouls 140. Un ballon est placé dans le col, la dilatation est achevée manuellement. Utérus vide. Opération d'urgence dans la nuit. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine, intra-ligamentaire droite, liquide amniotique boueux, intestin

vascularisé, péritoine dépoli. Extraction du fœtus mort depuis peu, marsupialisation, mort rapide de la mère. A l'autopsie on constate que le kyste s'était ouvert dans l'utérus sur le bord droit duquel le placenta était partiellement inséré?

III. — OCCLUSION INTESTINALE AIGÜE.

L'obstruction intestinale est un fait commun soit au début, soit au cours de la grossesse extra-utérine avec enfant vivant. Elle fait partie des troubles par compression déterminée par le kyste; elle doit attirer l'attention vers une anomalie de la gravidité.

L'occlusion aiguë est plus rare. On l'a signalée comme conséquence de la transformation du fœtus en lithopédion. Il n'est point cependant impossible qu'elle se produise pendant la vie de l'enfant et particulièrement au cours du faux travail, sous l'influence de l'augmentation de tension de l'œuf, et parce que l'intestin est tiraillé par les adhérences qui l'unissent au sac fœtal. En réalité, les symptômes par lesquels elle se produit sont d'interprétation difficile. Il faut faire sa part à l'infection simple. Ils sont parfois tels, qu'il est cependant permis de penser à un arrêt des matières et des gaz; comme par exemple dans le cas suivant :

OBS. I. — *Grossesse extra utérine à terme. Faux travail, accident revêtant le caractère de l'occlusion intestinale aiguë. Mort de la mère et de l'enfant.* (Jeannin, *Bull. soc. obstet.* Paris 1907).

Femme Bipare 27 ans. Dernières règles du 25 février au 1^{er} mars 1906. Sent remuer vers 4 mois et demi. La grossesse paraît normale et n'est marquée que par des incidents peu

graves. Le 10 décembre des douleurs apparaissent. On croit à un début de travail. La femme est envoyée à l'hôpital. On fait d'abord le diagnostic de présentation du siège. Le travail se prolonge. Douleurs abdominales violentes. Vomissement, facies grippé, ventre météorisé, langue sèche, dyspnée, pouls 144, vomissement, arrêt des matières et des gaz, *pas de fièvre*. Tel est l'état de la malade au bout du troisième jour. Le Docteur Jeannin fait le diagnostic de grossesse ectopique après avoir constaté deux tumeurs abdominales et la vacuité de la cavité utérine. L'enfant jusque là vivant succombe. Laparatomie. Extraction d'un enfant mort depuis peu, transversalement placé en OIG bien conformé, du poids de 2.500 grammes. Adhérences multiples placenta volumineux; marsupialisation des membranes. Mort de la mère.

Tels sont les accidents graves d'emblée et souvent mortels, qui ont été observés après le cinquième mois de la grossesse extra-utérine avec enfant vivant. Si la grossesse ectopique était toujours reconnue et mieux surveillée, il est vraisemblable que leurs conséquences seraient moins funestes. Cependant ils constituent, dans toute hypothèse, un péril considérable car il est difficile de les prévoir et, par conséquent, de les prévenir.

Grossesses Ectopiques mal tolérées

LES TROUBLES FONCTIONNELS ET ORGANIQUES

La grossesse ectopique est en général une grossesse pénible. Presque toujours elle s'accompagne de troubles variés. Ces troubles se manifestent parfois avec *une intensité particulière*; ils risquent toujours de compromettre, plus ou moins rapidement, *le succès de l'intervention* destinée à extraire l'enfant de l'abdomen. Ce sont : les pertes de sang, les douleurs, les troubles par compression, les manifestations de la toxhémie gravidique.

I. — LES PERTES DE SANG

Les pertes de sang au cours de la grossesse ectopique sont consécutives à la rupture des vaisseaux hypertrophiés de la sous-muqueuse utérine. Il est vraisemblable qu'elles coïncident quelquefois avec la poussée congestive correspondant normalement à la période cataméniale; le fait est contesté. Elles coïncident, certainement et assez souvent avec l'expulsion de la caduque; la surface interne de l'utérus étant par ce fait mise à nu et dépouillée en partie ou en totalité. Tantôt formées de sang rouge, tantôt de caillots et de sang

noir qui a séjourné dans l'utérus elles surviennent d'ordinaire par crise. Il arrive qu'elles soient abondantes. Ribemont, Dessaignes et Lepage (1) signalent un cas dans lequel le tamponnement de la cavité utérine a été nécessaire. Delaunay a été obligé d'opérer avant le moment choisi et l'hémorragie avait été telle, que la femme ne résista pas au choc opératoire. Le plus souvent les pertes de sang ne constituent un danger que par leur répétition. Quoiqu'il en soit, elles sont toujours un facteur important et fréquent *d'anémie* considérablement aggravée *par l'hémorragie opératoire* impossible à éviter.

II. — LES DOULEURS

Les douleurs répondent à des causes multiples. Elles annoncent parfois l'imminence de la mort de l'enfant, *b)* faux travail. — Elles peuvent être symptomatiques d'une fissure de l'œuf, d'un décollement partiel du placenta. Souvent elles accompagnent l'expulsion des caillots et du sang collecté dans l'utérus. Dans la majorité des cas il est difficile de les rattacher à une cause précise, à un état bien défini; elles constituent une manifestation banale et très fréquente de la grossesse ectopique. Elles sont plus vives, lorsque l'enfant est en liberté dans le péritoine; elles augmentent en intensité à mesure que l'enfant se développe et devient plus vigoureux. Dans un cas semblable, rapporté par Negebaüer, la femme usa

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. *Précis d'obstétrique*,

(2) DELAUNAY. *Bull. soc. obstét.* Paris 1901.

de la morphine à haute dose pendant trois mois. Résultat déplorable; elle devint morphinomane et l'enfant retiré à terme ne survécut pas à l'intoxication qu'il avait subi (1). Sans doute les douleurs ne sont pas toujours continues et intolérables, mais quand elles surviennent par causes répétées elles finissent par entraîner *une insomnie rebelle, une surexcitation, nerveuse intense et de la dénutrition.*

III. — TROUBLES PAR COMPRESSION

L'ampliation de l'œuf, le développement du fœtus en dehors de l'utérus sont susceptibles d'entraîner un fonctionnement défectueux des viscères abdominaux pelviens.

Dans le bassin, surtout lorsque la tête est descendue et occupe le cul de sac de Douglas, le rectum est comprimé en arrière, la vessie et la portion terminale des uretères en avant. Il s'en suit de la constipation et des troubles vésicaux qui ont fait penser à la rétroversion de l'utérus gravide. Le professeur Pinard a signalé depuis longtemps ces phénomènes. Il les rattache à la première période de la grossesse ectopique et leur attribue la valeur de symptômes fonctionnels. Ils peuvent persister pendant toute la durée de la gestation et se manifester, après le cinquième mois, avec une gravité accrue sous forme *de retention d'urine, de cystite, d'anurie réflexe* (Traverson), *d'uretero-pyélonéphrite, de stercorémie* consécutive à l'obstruction intestinale (Nuratoff).

(1) Negebauer. *Centr. f. Gyn.* 1898, n° 30 p. 786.

Dans l'abdomen, dans les fosses lombaires la compression du rein, des veines rénales, de la veine cave, a pu se traduire par de *l'œdème unilatéral*, accompagné *d'albuminuries*, par *des hématuries* (Root). Les voies biliaires elles-mêmes peuvent être intéressées. Dans l'observation de Block et Rochard, un fœtus de cinq mois coïncia sa tête entre le rein droit et le foie, et Rafferty signale un cas d'ictère au cours d'une grossesse ectopique explicable par la compression des voies biliaires et attribué par l'auteur à ce mécanisme. Enfin lorsque le kyste fœtal est haut situé, il est logique d'attribuer dans une certaine mesure, à l'irritation de l'estomac et du plexus solaire les vomissements persistants, de même que l'on peut rapporter à la distension thoraco-abdominale, à la gêne circulatoire, certains accidents gravido-cardiaque (Macé).

IV. — MANIFESTATIONS DE LA TOXHÉMIE GRAVIDIQUE

Les compressions plus fréquentes pendant la grossesse extra-utérine qu'au cours de la grossesse normale, agissent en troublant principalement les fonctions d'excrétion et favorisent la résorption de produits sceptiques. Ce mode d'intoxication qui retentit parfois gravement sur l'état de la femme, nous venons de le voir, n'est pas le seul. La grossesse ectopique en effet n'est pas à l'abri des accidents de la toxhémie gravidique. Ils se manifestent par des vomissements *incoercibles*, (Lapeyre), par de *l'albuminurie* avec tout son cortège de troubles

vasculaire, auditifs et *visuels* (Dielh). Enfin par des attaques d'éclampsies. Dans deux cas de ce genre le fœtus succomba au cours de la crise et la mère fut opérée dans la suite avec succès.

La réalité des faits ci-dessus cités est démontrée par des observations nombreuses et authentiques : en voici quelques-unes.

OBS I. — *Grossesse ectopique reconnue et opérée vers huit mois et demi. Obstruction intestinale, anémie, amaigrissement. Mort de la mère* (Muratoff. *Cent. fur gyn.* 1903).

Femme âgée de 35 ans, IV^e pare. Sa grossesse a été marquée par des douleurs et de l'amaigrissement progressif. Reconnue vers huit mois et demi l'opération est pratiquée pour remédier à la gravité de l'état général (anémie, obstruction intestinale). L'enfant est retiré vivant. Extirpation du sac et du placenta. Mort de la femme. L'enfant pèse 2.500 grammes, bien constitué, a survécu.

OBS. II. — *Grossesse ectopique opérée au voisinage du terme ; affaiblissement considérable de l'état général, ictère ; mort de la mère et de l'enfant.* (Rafferty, *Médical Record* 1903).

Femme... 40 ans, IV^e pare. Dernières règles, juillet 1900. En septembre douleur dans la fosse iliaque droite. Collapsus. La crise passe et tout rentre dans l'ordre. En octobre perte de sang, émission de caduque, les douleurs sont calmées par le repos au lit. En décembre les mouvements actifs du fœtus sont perçus. Ténésme vésical et rectal, constipation opiniâtre. En avril amaigrissement considérable, surexcitation nerveuse, ictère, constipation, pouls à 120. Au palper à gauche on sent l'enfant vivant, placé transversalement. A droite l'utérus est

indépendant du kyste fœtal, Cathéterisme utérin. Le 6 avril 1901, laparatomie. L'enfant est libre dans la cavité péritonéale. Ascite, gros placenta. Le placenta est inséré sur le fond de l'utérus, la trompe gauche, le cul de sac de Douglas. Une tentative de décollement provoque une hémorragie. Il est isolé par des compresses, drainage. La mère succombe au bout de six jours. L'enfant pèse 8 livres; il meurt cyanosé après 13 heures et demi.

Obs. III. — *Grossesse extra-utérine opérée; reconnue au voisinage du terme, état général grave, douleur, vomissement, albuminurie, œdème, mort de la mère et de l'enfant.* (Martin, *La Normandie Médicale* 1896).

Femme âgée de 31 ans. Dernières règles 20 mai 1895. Au début de la grossesse chute qui entraîna des douleurs pendant deux jours. En juillet perte de sang. En août, septembre, octobre douleurs vives, vomissements. A partir du 24 octobre amélioration. En décembre on fait le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, les douleurs réapparaissent violentes. Troubles à la miction et à la défécation. Lavement laudanisés. Vomissements incoercibles, urines albumineuses, œdème, maigreur, faciès grippé. On fait le diagnostic de grossesse gémellaire avec un enfant mort. A ce moment nouvel examen (Martin). Tumeur abdominale transversale et tendue. Au toucher, masse dans le douglas; toucher intra-utérin, cavité vide. Enfant vivant, bruit du cœur accéléré, foyer à droite. Piqûre de morphine et opération immédiate. Kyste très adhérent, les membranes sont si friables que la marsupialisation est impossible, liquide amniotique verdâtre. L'enfant qui a souffert est retiré en état de mort apparente; il est ranimé. Ablation du placenta inséré sur le fond de l'utérus sur la vessie.

Mort de la mère le 29 février, 3 jours après l'opération. L'enfant pèse 3.050 grammes il est bien constitué, meurt au bout de trois heures.

OBS. IV. — *Grossesse ectopique au voisinage du terme. Vomissements incarcibles, mort de l'enfant, guérison de la mère.* (Lapeyre de Tours, *Soc. de chirurgie*, 1907).

Femme enceinte, au voisinage du terme présente des vomissements continuels. On décide de provoquer l'accouchement prématuré, l'enfant étant considéré comme viable. Un ballon est introduit; le col dilaté, l'utérus est vide-Laparatomie. Œuf complet. Enfant retiré vivant. Tentative de décollement, hémorragie. Marsupialisation, tamponnement.

Guérison de la mère.

L'enfant quoique bien constitué meurt rapidement.

OBS. V. — *Grossesse ectopique à 7 mois 1/2, rétinite albuminurique, opération, mort de la mère et de l'enfant.* (Diehl, *Union médicale du Nord-Est*, 15 juin 1904).

Femme 22 ans, 4 fausses couches, trois enfants. Dernières règles 12 juin 1903. A partir de 7 juillet douleurs vives pendant trois mois. *Œdème unilatéral de la jambe gauche.* Pas d'albumine dans les urines. A six mois apparaissent des douleurs simulant celles de l'accouchement. Elles s'apaisent rapidement. Col ramolli, sur la tumeur abdominale masse dure à gauche qui fait porter le diagnostic de *fibrome du segment inférieur*. Vers le huitième mois troubles visuels; rétinite exudative plus marquée sur l'œil gauche, régime lacté; lunettes fumées. Albumine en très petite quantité. Tentative d'accouchement prématuré, vacuite de l'utérus. Laparatomie. Enfant retiré vivant. Ablation du sac du placenta, hystérectomie subtotal, drainage par colpotomie.

La mère mourut le 14 mai deux jours après l'opération dans le collapsus. Enfant bien conformé du poids de 3.120 grammes meurt très rapidement.

OBS. VI. — *Grossesse ectopique avec enfant vivant 12 mois après les dernières règles. Cachexie, mort de la mère et de l'enfant.* (J. M. Block. *Centr. f. gyn.*, 1903).

Femme 37 ans, multipare. Les douleurs apparaissent au cours du premier mois de la gestation et se poursuivent avec des intervalles d'accalmie. La grossesse continue pendant 12 mois. Au moment où elle est reconnue la mère est dans un état d'amaigrissement extrême. Laparatomie, enfant retiré vivant, extirpation du sac et du placenta.

La mère meurt de choc en huit heures.

L'enfant pèse 5.000 grammes, succombe au bout de deux heures.

OBS. VII. — *Grossesse ectopique à 7 mois, affaiblissement de l'état général ; mort de la mère et de l'enfant.* (Crouzat et Jeannel, *Bull. soc. obstét. France*, 1897).

Femme présentant les symptômes d'une grossesse de 7 mois environ. Il s'agit de grossesse ectopique méconnue. Amaigrissement considérable, pâleur, anémie, insomnie. Œdème des jambes. Laparatomie d'urgence. Kyste fœtal adhérent aux viscères. Liquide amniotique en petite quantité. Membranes adhérentes au cordon et à la tête de l'enfant. La rupture des adhérences entraîne celle du cordon et la déchirure de la peau du crâne. L'enfant retiré vivant présente des malformations multiples. Il succombe au bout de quelques heures. Marsupialisation du kyste. Placenta volumineux. La mère succombe en état de cachexie au bout d'un mois.

OBS. VII. — *Grossesse extra-utérine opérée au voisinage du terme ; enfant vivant, mort de la mère.* (Tuholshe, *Cent. für. gyn.* 1903).

Femme âgée de 39 ans, 7^e pare. Vers le 3^e mois douleurs syncopales, métrorragie. A 4 mois 1/2 mouvements actifs du

fœtus. Au terme la grossesse est reconnue ; la mère est dans un état de dépression extrême, très amaigrie. Laparatomie, extraction de l'enfant vivant ; marsupialisation des membranes. La mère meurt de choc au bout de huit heures. L'enfant du poids de 3.250 grammes ; a survécu.

OBS. IX. — *Grossesse extra-utérine avec enfant vivant. L'enfant succombe au cours du faux travail, mort de la mère.* (Weymersch, *J. d'accouch.* Liège 1908).

Femme fatiguée et déprimée par une grossesse supposée normale. Elle entre en douleurs ; on fait le diagnostic de présentation du sommet, mais le travail traîne en longueur. On constate alors au palper l'existence à gauche d'une tumeur fœtale, d'une tumeur contractile à droite de l'utérus. Laparatomie, extraction d'un enfant mort depuis peu, pesant 4 kilog. et bien conformé. Marsupialisation du kyste. Mort rapide de la femme.

On a donc vu, pendant la grossesse extra-utérine, des femmes devenir pâles, anémiques, ictériques, albuminuriques, éclamptiques, stercorémiques, progressivement affaiblies et très déprimées. Il ne faut pas chercher ailleurs la cause d'un grand nombre de résultat malheureux et d'insuccès opératoires. Lorsque l'enfant succombe, une amélioration peut se faire sentir, susceptible d'être mise à profit. Le plus souvent l'intervention s'impose dans des conditions très défavorables. Pour éviter une pareille éventualité, en présence de symptômes inquiétants, même s'ils ne constituent pas un péril immédiat, la gestation devra être interrompue sans retard. Comme ces symptômes ne sont pas rares, la grossesse ectopique sera souvent interrompue si elle est reconnue et surveillée.

Grossesses ectopiques à évolution normale.

RÉSULTATS DE L'INTERVENTION PRATiquÉE DANS DE BONNES CONDITIONS.

Bien qu'il ne soit permis en aucun cas de considérer la grossesse ectopique comme à l'abri des complications il n'est pas exceptionnel de la voir évoluer très favorablement. Elle en impose même quelquefois pour une grossesse normale et cependant entre ces deux formes de gravidité aucune assimilation n'est possible car dans la première hypothèse l'accouchement naturel ne peut pas avoir lieu. On doit lui substituer tôt ou tard la laparotomie. Cette intervention est indiscutablement grave. Pajot considérait la grossesse ectopique comme un « noli me tangere » même après la mort de l'enfant (1). Plus tard il parut préférable d'attendre que l'enfant ait succombé. On se promunissait ainsi dans une certaine mesure contre l'hémorragie opératoire (2). Actuellement les risques d'une expectative prolongée qui laisse mourir l'enfant l'emportent sur ceux de l'opération elle-même. Il est donc admis qu'elle doit être pratiquée avant la

(1) BOUCHACOURT et DEMELIN, *L'obstétrique* 1903.

(2) MAYGRIER (*Thèse d'agrégation* 1886).

mort du fœtus, dans l'intérêt même de la mère. Toutefois, en dépit des perfectionnements apportés successivement à la technique elle reste encore pleine d'aléas. Nous allons voir pourquoi.

I. — LES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Les procédés proposés pour retirer le fœtus du kyste extra-utérin sont de deux ordres, suivant qu'ils s'adressent à la voie vaginale ou à la voie abdominale. Dans le premier cas ils constituent l'élytrotomie; dans le deuxième, la laparotomie.

L'Élytrotomie. — L'Élytrotomie est aujourd'hui abandonnée parce qu'elle offre le maximum de dangers et les plus grandes difficultés pour aborder le kyste au bon endroit, extraire l'enfant, faire l'hémostase. Elle a donc été condamnée à juste titre Lawson-Tait, Picqué), pour le moins dans le cas où l'enfant est vivant. (Lemercier) (1).

La laparotomie. — La laparotomie est plus simple plus rapide, plus sûre. Une longue incision, est pratiquée sur la ligne médiane en dehors du placenta dont la présence sous la paroi est indiquée par un souffle. On évite ainsi une hémorragie préjudiciable à la mère et à l'enfant. L'œuf est découvert (parfois le fœtus est libre dans le péritoine, les membranes font défaut) la paroi du sac incisée en un point dépourvu de vaisseaux, l'enfant est extrait, le cordon lié. Restent le placenta et

(1) LEMERCIER. (*Thèse de Paris* 1900.

les membranes. Quel traitement va-t-on leur faire subir? On a proposé plusieurs méthodes qui ont chacune des indications.

Marsupialisation. — Lorsque les membranes présentent de multiples adhérences vasculaires, lorsque surtout les insertions placentaires sont diffuses, la moindre tentative de décollement peut provoquer une hémorragie difficilement coercible. Il est donc sage de suturer aux lèvres de l'incision abdominale le pourtour de l'orifice du sac. Si malgré tout un saignement se produit il est arrêté par un tamponnement serré et provisoire. Dans la suite le drainage prolongé est institué. Le placenta s'élimine dans un laps de temps qui va de vingt jours à trois mois, par fragment ou en bloc.

La marsupialisation est assez souvent une bonne opération; mais elle présente des inconvénients. Les suites opératoires sont prolongées et la malade est exposée à l'hémorragie secondaire par décollement partiel du placenta, spontané ou provoqué (traction intempestive ou prématurée sur les membranes (Boissard). Cet accident peut avoir les plus graves conséquences; pour y remédier le tamponnement peut ne pas suffire, une nouvelle intervention devient quelquefois nécessaire. Malgré les irrigations antiseptiques de la poche, le placenta souvent volumineux se putréfie quelquefois: la porte est ouverte à la péritonite, à la septicémie. La toxinhémie a été observée à la suite de la désintégration aseptique de l'arrière faix. (Hand Field Jones).

D'ailleurs, la marsupialisation est parfois impossible, c'est pourquoi d'autres méthodes ont été préconisées.

Extirpation totale du kyste. — Toutes les fois que la majeure partie des insertions placentaires est localisée à la trompe, l'extirpation totale constitue le procédé de choix. Dès lors la circulation de l'œuf dépend des artères tubaires internes et externes. En liant ces pédicules vasculaires il est facile d'assurer une hémostase préventive presque absolue. La source principale de l'hémorragie tarie, le décollement est fait avec méthode, les adhérences sont prudemment rompues, les vaisseaux attenant découverts et liés. L'hémorragie est toujours limitée. Cette technique préconisée et mise au point par Potocki, donne le maximum de sécurité. Elle met à l'abri des complications secondaires inhérentes à la marsupialisation, abrège la convalescence. En général la trompe correspondante suit le sort du placenta, mais l'utérus est conservé, la grossesse normale reste ultérieurement possible (Potocki). Disons cependant que la ligature des artères internes et utéro-ovariennes présente parfois des difficultés comme dans le cas de Werder, qui de ce fait, eut à déplorer un décès.

L'extirpation s'impose cependant dans de moins bonnes conditions.

Elle constitue d'abord un procédé d'urgence destiné au cours de l'intervention, à remédier à une hémorragie consécutive au décollement des adhérences vasculaires ou du placenta.

Elle est de mise également quand la marsupialisation n'est pas praticable; soient que les membranes fassent défaut en totalité (fœtus libre dans l'abdomen), ou en partie (membranes en lambeaux inégaux, sac formé par

les anses intestinales agglutinées) soit que leur friabilité rende vaine toute tentative de suture. L'extirpation constitue alors un procédé de nécessité. Procédé d'urgence ou procédé de nécessité, elle n'est qu'un pis aller. En pareil cas, l'hémorragie est abondante et le choc intense. La déchirure des viscères creux, vessie urètre, intestin (Routier, Kufferbery, Macé, Sittener, Paterson); le suintement sanguin de l'aire dépouillée, persistant en dépit du tamponnement; les résidus de membranes et de placenta impossibles à extirper totalement même à prix de l'hystérotomie ouvrent la porte à l'infection. Le drainage abdominal et vaginal (incision du cul-de-sac postérieur) doivent être prolongés, la convalescence s'établit lentement.

Abandon pur et simple du placenta. — C'est pourquoi lorsque la marsupialisation n'est pas réalisable, et que l'extirpation n'est pas rigoureusement indiquée, certains ont préconisé l'abandon pur et simple du placenta dans l'abdomen. L'organe est isolé par des compresses ou par une colerette d'épiploon (Bionchi, Jacobs). Le drainage est institué. Cette conduite est légitime et susceptible d'être suivie de succès. Mais il ne s'agit que d'un procédé d'exception. Abandonner le placenta systématiquement après section du cordon, et sans drainage, dans l'espoir qu'il se résorbera est une pratique dangereuse qui a entraîné la mort des opérées de Cullingworth et de Root.

II. — PRONOSTIC OPÉRATOIRE APRÈS LE CINQUIÈME MOIS

Les facteurs du pronostic : les dispositions anatomiques, l'âge de la grossesse.

Il est incontestable que les procédés opératoires ne sont pas tous également bons; mais ils ont des indications assez formelles et peu susceptibles d'être modifiées au gré de l'opérateur. Ainsi s'explique la différence des résultats dans des cas d'apparence semblables.

Les chances de succès et d'insuccès dépendent d'abord des dispositions anatomiques de l'œuf. Elles sont favorables, lorsque le placenta présente des insertions pelviennes et localisées, en majeure partie, sur la toupe. Des lors le succès est presque certain quelque soit le moment de l'intervention. Elles sont moins favorables lorsque les insertions placentaires sont hautes, abdominales, diffuses. Elles sont tout-à-fait défavorables si en pareil cas les membranes font défaut partiellement ou en totalité (marsupialisation impossible).

Mais un autre facteur est à considérer : l'âge de la grossesse. Les difficultés peuvent être considérables alors que la gestation est peu avancée (Delaunay, Routier, Boissard). A partir du cinquième mois le placenta est en effet partiellement constitué (Pinard). Cependant elles vont en augmentant à mesure que la grossesse se rapproche du terme, parce que les adhérences se multiplient, parce que le placenta se développe jusqu'à devenir énorme (Jeannin). Dans ces conditions l'hémorragie

sera d'autant plus grave, si le placenta est extirpé, son élimination d'autant plus longue et dangereuse s'il est abandonné dans l'abdomen. Dans la majorité des cas les accidents mortels ont été consécutifs aux interventions tardives.

Accidents opératoires et postopératoires, mort de la mère.

Hémorragie consécutive à l'extirpation du placenta. — OBS. I. *Grossesse extra-utérine de cinq mois et demi, mort de l'enfant; métrorrhagie grave; laparatomie, extirpation du placenta; mort de la mère* (Delaunay, *Bull. soc. obstét. de Paris*, 1901).

Femme enceinte de cinq mois et demi environ. On reconnaît une grossesse ectopique, le kyste fœtal est distinct de l'utérus. Les bruits du cœur sont perçus. L'enfant est vivant, on hésite sur la conduite à tenir; sur ces entrefaites il succombe.

Violente métrorrhagie. On décide d'intervenir. Extraction de l'enfant mort depuis peu. Après réflexion, extirpation totale de l'œuf. Hémorragie grave. La mère meurt de choc malgré les moyens mis en œuvre pour le combattre.

OBS. II. — *Grossesse extra-utérine opérée au voisinage du terme, marsupialisation, menace de septicémie, ablation du placenta au cinquième jour. Mort d'hémorragie* (Dunning, *Ann. J. of obstét. and diseases of Women and Children*, 1899, N. Y.).

Grossesse extra-utérine reconnue chez une femme au voisinage du terme. L'enfant est vivant. Laparatomie; l'enfant est retiré inanimé; il est bien constitué, mais il ne peut être

rappelé à la vie. La marsupialisation est pratiquée. Au quatrième jour menace de scepticémie. Nouvelle intervention; ablation du placenta, grave hémorragie, mort de la mère.

OBS. III. — *Ectopic gestation case, operoted atafull term-childliving* (Forster, *Homeopatic surgery and gynec.* N. Y. 1898. T I, p. 49).

Grossesse ectopique reconnue à terme et opérée dans de bonnes conditions quant à l'état général de la mère. L'enfant bien constitué, est retiré vivant. Extirpation du placenta. Violente hémorragie : mort de choc au cinquième jour. L'enfant survécut.

OBS. IV. — *Grossesse extra-utérine opérée au voisinage du terme. Ablation du placenta. Mort de la mère une heure après l'opération.* (Muller, *Centr. f. gynoc.* 1903).

Femme âgée de 36 ans. III^e pare. La grossesse a été marquée par des douleurs vers le sixième mois. Opération pratiquée au voisinage du terme. Enfant retiré vivant bien constitué. Ablation du placenta, hémorragie grave, la mère succombe une heure après l'opération.

OBS. V. — *Grossesse ectopique opérée à 7 mois et demi. Hémorragie grave. Mort de la mère* (Werder, *Am. J. of obstét.* N. Y. 1908).

Mme R. B..., présente une grossesse ectopique de sept mois et demi reconnue a Mercy hospital le 30 novembre 1896. Les dernières règles remontent à avril, elle a eu deux enfants.

En mai perte de sang, en septembre crise douloureuse, mouvements actifs du fœtus. En novembre l'utérus est augmenté de volume, il est distinct du kyste fœtal. Le col est ramolli. Le fœtus est vivant, facile à sentir. Sous la paroi on distingue les sutures et les fontanelles. Pouls à 100. Faiblesse

générale, température normale. Le 14 décembre la laparotomie est pratiquée, tentative de décollement du placenta, après ouverture du sac et extraction de l'enfant. Hémorragie grave. Il est impossible de découvrir et de pincer les pédicules utérins et utéro-ovarien. Compression de l'aorte, extirpation rapide du placenta.

La mère succombe le troisième jour après l'opération à la suite du choc opératoire.

L'enfant est débile, malformé il meurt rapidement (jambes bras détordus).

Hémorragie secondaire; toxinhémie. — OBS. I.

Grossesse extra-interne avec enfant vivant; opération au voisinage du terme: mort de la mère d'hémorragie secondaire. (Braun, Cent. fur. gyn. 1903).

Femme âgée de 27 ans, III pare. Vers le 7^e mois violentes douleurs syncopales qui s'améliorent puis reviennent et forcent à pratiquer la laparotomie à 7 mois et demi. L'enfant est retiré vivant; la poche marsupialisée. La mère succombe au bout de 4 heures après l'opération, à la suite d'une hémorragie considérable pour décollement partiel du placenta. L'enfant pèse 1.600 gr. il succombe rapidement.

OBS. II. — Grossesse ectopique au voisinage du terme; laparotomie, marsupialisation; mort de la mère d'hémorragie secondaire (Mate, British méd. J. 12 mars 1918).

Femme cafre, 30 ans, en travail depuis une semaine; col ramolli pouvant admettre trois doigts, cavité interne vide. La femme est transportée à la ville voisine distante de 14 milles et opérée. Laparotomie, enfant retiré vivant, marsupialisation. Au bout de 4 jours la mère meurt très rapidement à la suite d'une hémorragie par décollement placentaire.

taire. L'enfant bien constitué père 7 livres. Il ne survécut point.

OBS. III. — *Grossesse extra-utérine avec enfant vivant; laparatomie au voisinage du terme; mère morte de toxinhémie* (Hand Field Jones, *The Lancet*, London 1895).

Femme âgée de 36 ans, a eu un enfant, dernières règles en août 1891. En novembre perte de sang; en décembre crise douloureuse. Le 3 février 1892 la femme entre à l'hôpital. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine. Le kyste foetal est à droite, distinct de l'utérus hypertrophié. Pas d'accident; on laisse évoluer la grossesse. Fin avril mouvements actifs, le fœtus est placé transversalement. Au 25^e jour l'opération est décidée. Laparatomie; extraction de l'enfant vivant; marsupialisation; drainage. Rapidement l'état de la mère devient satisfaisant. Elle reprend des forces, l'appétit est bon. Le 8 mai des malaises apparaissent : insomnie, perte d'appétit, amaigrissement progressif, pouls faible et rapide. La mort survient le 18 mai précédée par de la dyspnée et de l'hypothermie. A l'autopsie on constate que le placenta est énorme adhérent à la veine iliaque interne. *Pas de trace de pus*. Sa mort doit être attribuée à la résorption de produits toxiques issus du placenta. L'enfant est vigoureux et bien constitué sauf légère déformation crânienne. Il survit.

Succès opératoires — Guérison de la mère.

Extirpation du placenta et des membranes.

OBS. I. — *Grossesse ectopique avec enfant vivant; hypertrophie volumineuse du col; laparatomie au voisinage du terme; extirpation du placenta et des membranes. Guérison.* (Demelin et Devraigne. Lariboisière 1917. *Obs. inédite*).

Femme B... 32 ans, secondipare, réglée à 12 ans, régu-

lièrement, a eu la scarlatine. Dernières règles du 13-18 juillet 1916. Les trois premiers mois de la grossesse ne sont marqués par aucun accident. Fin décembre perte de sang, douleur, diagnostic : menace de fausse couche. Elle est rétablie au bout de huit jours. Fin novembre nouvelle consultation. Elle se plaint d'un prolapsus utérin. Il s'agit d'une énorme hypertrophie du col, *le museau de tanche mesure 11 centimètres et dépasse la vulve*. L'orifice cervical interne *est inaccessible au doigt*. Pansement à la poudre de Lucas-Championnière. Injection. La grossesse est de six mois, position du fœtus mal définie, fœtus vivant. Diagnostic : grossesse normale avec hypertrophie du col. Le 5 mars crise douloureuse. Le 9 nouvelle crise, piqure de morphine, nouvel examen pratiqué par le Dr Demelin. On envisage la nécessité de l'amputation du col. Le 12 mars expulsion d'un lambeau de caduque non identifié. Fœtus vivant, dos à gauche, tête mobile. La césarienne est décidée ; elle devra être pratiquée au début du travail. Le 16 avril à sept heures et demi douleurs périodiques (faux travail).

Le Dr Devraigne aidé par le Dr Goilot intervient. Un kyste fœtal extra-interne est découvert. Les parois du sac sont minces et se rompent. Le pôle membraneux présente des adhérences avec l'intestin, le placenta est inséré sur la trompe droite. Les insertions se prolongent en avant sous la paroi abdominale. (L'intestin s'insinue en un point entre elles et la paroi). L'enfant est extrait le cordon lié. Tentative de décollement du placenta ; forte hémorragie. Rapidement les pédicules utérins et utéro-ovariens sont pincés. L'hémorragie s'arrête, section des pédicules. Ablation en masse de la trompe et du placenta. Les adhérences des membranes sont avasculaires, cèdent facilement. L'ensemble est extirpé. Reconstitution de la brèche péritonéale. Enfouissement du moignon tubaire, tamponnement. Drainage.

Suites opératoires excellentes, le 3 mai phlébite légère. Guérison définitive 5 juin.

L'enfant naît étonné; il est ranimé. Pèse 3.750 grammes mesure 45 centimètres. Région pariéto temporale gauche aplatie. Saillié de la région correspondante à droite. Saillie de la bosse frontale droite. Hémiatrophie gauche du massif facial. Allaitement mixte se fait sans difficultés, sauf quelques troubles digestifs. Depuis lors le développement physique a été normal, les déformations ont persisté, il est encore trop tôt pour apprécier les influences qu'elles auront sur l'état mental.

OBS II. -- *Grossesse extra-utérine abdominale à terme chez une primipare : ablation du sac et du placenta : enfant vivant. Guérison.* (Potocki. *Arch. gyn. et obstét.* 1908).

Femme K... âgée de 23 ans, réglée normalement à 15 ans. Primipare, pas d'antécédants pathologiques. Dernières règles 14-20 décembre 1902. La grossesse a été marquée a différentes reprises par des douleurs, des pertes de sang, des débris membraneux. Examinée par le Dr Potocki le 15 septembre 1903 au voisinage du terme. Abdomen déformé par deux tumeurs. Celle de droite contient un fœtus vivant. A gauche le corps de l'utérus masse contractile hypertrophiée. Au toucher col dévie à droite, ramolli. Diagnostic : grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant. Opération immédiate. Laparatomie. Hémorragie formidable. Extraction rapide de l'enfant, ligature du pédicule utérin et utéro-ovarien. L'hémorragie s'arrête. Ablation du placenta après section de la trompe. Les membranes (constituées par l'amnios fibreuse externe et endothélium) n'ont contracté que des adhérences conjonctives avec l'intestin, tamponnement. Drainage.

Suites opératoires très favorables. Sortie de l'hôpital le 7 octobre.

L'enfant vivant, sexe féminin, poids 3 k. 130 grammes,

taille 41 centimètres bien constitué. Il est microcéphale (os dur suturel et fontanelles soudées). Diamètre inférieur de 1 centimètre à 1 cent. 5 à la normale.

Jusqu'à six mois développement normal.

A six mois, convulsions, strabisme, paralysie des membres inférieurs.

A deux ans et demi les convulsions et la paralysie ont disparu. Surdité. Idiotie.

A quatre ans état mental peu modifié. Convulsions, mort

OBS. III. — *Grossesse extra utérine, opérée au voisinage du terme, enfant vivant; extirpation du sac et du placenta; guérison* (Potocki. *Annales de gynéc. et obs.* 1901).

Femme âgée de 34 ans; dernières règles 3-6 mars 1904, pas d'antécédents pathologiques, secundipare. La grossesse a été marquée par quelques douleurs, pas d'hémorragie pas de perte de caduque; état général satisfaisant, grossesse présumée normale. Le 10 décembre 1904, début de travail, la sage-femme ne trouvant pas le col fait appeler un médecin qui déclare la dilatation complète, le travail traine en longueur, un accoucheur est appelé, tête engagée profondément, diagnostic : dilatation sacciforme du fond de l'utérus. Les douleurs persistent le 21, 22, 23, 24, 25 décembre. Le 26 décembre pertes de caillots, douleurs de plus en plus fortes. M. Potocki fait le diagnostic de grossesse extra-utérine. Deux tumeurs abdominales : l'une à gauche et en haut contient un fœtus vivant. A droite, tumeur contractile, utérus hypertrophié. Au toucher col ramolli en continuité avec le corps de l'utérus ramolli, dévié à gauche et en haut. Opération le 27 décembre; on évite la zone d'insertion placentaire indiquée par un souffle, paroi du kyste transparente, liquide amniotique vert bouteille, extraction de l'enfant, il doit être ranimé car il a fait des mouvements respiratoires prématurés. Liga-

ture prophylactique de l'utérine et de l'utéro-ovarienne, ablation du placenta et des membranes pas d'hémorragie.

Guérison de la mère au bout de 4 semaines.

L'enfant pèse 2.750 grammes, mesure 41 centimètres. Il est bien constitué, pas de déformation céphalique, diamètre et circonférences crâniennes normales. A 2 mois il pèse 4.300 grammes. A 4 ans 17 kilogrammes, taille 93 centimètres, le développement physique est très favorable. Intelligence vive.

OBS. IV. — *Grossesse extra-utérine opéré à terme, enfant vivant; ablation du sac et du placenta, guérison.* (Bocquel, *Arch. mensuelle obs. et gyn. d'Angers*. Novembre 1912, t.ⁿ 11, 272).

Femme X. . . 32 ans. La grossesse que l'on croyait normale a été accompagnée de crises douloureuses qui ont fait penser à l'*appendicite* et à la *colique néphrétique*; pas de perte de sang, pas d'émission de caduque. A sept mois diagnostic de grossesse angulaire. Au voisinage du terme faux travail prolongé. On pense à la grossesse extra utérine, cathétérisme de la cavité utérine, elle est reconnue vide. Au palper il avait été impossible de séparer le kyste du corps de l'utérus. Le placenta est adhérent à la trompe gauche, à l'utérus, au cul-de-sac de Douglas. Nombreuses adhérences secondaires à l'épiploon, de gros vaisseaux en partent et se dirigent vers le placenta, ligature prophylactique de l'utérine et de l'utéro-ovarienne, forte hémorragie consécutive au décollement des adhérences vasculaires, cependant le sac est enlevé sans peine, tamponnement drainage, l'enfant est retiré vivant.

Guérison rapide de la mère.

L'enfant est bien constitué sans malformations après quelques incidents d'allaitement il sort bien portant de l'hôpital.

OBS. V. — *Grossesse intra-ligamentaire opérée à terme, enfant vivant, guérison* (Tissier. *Bull. med.* juin 1908).

Femme 40 ans. Dernières règles juin 1908, évolution de la grossesse normale. En mars l'utérus est à la hauteur de l'ombilic, tête mobile au détroit supérieur, masse difficile à circonscrire à droite, col ramolli sous la symphyse. Diagnostic : grossesse de six mois, fibrome utérin à droite. En mai utérus plus développé, tête descendue, masse à droite, col sous la symphyse, ascension du ligament rond : diagnostic : utérus fibromateux, dilatation sacciforme du segment inférieur. (Bar, Tissier, Jeannin). Opération césarienne jugée utile; elle est pratiquée au début du travail. L'utérus hypertrophié et aplati est étalé au devant du kyste fœtal. On croit tout d'abord avoir affaire à un utérus gravide. La paroi intérieure est incisée, ouverture de la cavité utérine vide. Incision de la paroi postérieure du kyste à travers le placenta. L'enfant est retiré vivant, en état de mort apparente, difficile à ranimer (incision du placenta, hémorragie fœtale), hystérectomie subtotale, colpotomie, drainage vagino-abdominal.

Guérison rapide de la mère.

L'enfant survit, aplatissement bilatéral du crâne qui persiste et ne tend pas à rétrocéder, pied bot.

OBS. VI. — *Grossesse extra-utérine avec enfant vivant; opération à 8 mois et demi, guérison* (Jurnska, *Centr. f. gyn.* 1898-333).

Femme âgée de 28 ans. La grossesse dont elle présente les symptômes a été marquée à diverses reprises par des douleurs et des metrorrhagies. On l'a toujours considérée comme normale. Elle entre à l'hôpital pour des douleurs violentes simulant celles de l'accouchement. Au palper tumeur contractile d'un côté de l'abdomen de la grosseur d'un utérus à 4 mois et demi. C'est le corps de l'utérus. De l'autre, kyste fœtal avec enfant vivant. Laparatomie, le kyste est pédiculisé une fois l'enfant retiré et après liga-

ture des artères tubaires et utérines il est extirpé en masse (placenta et membranes). Hémorragie moyenne.

Guérison de la mère. L'enfant pèse 2.500 grammes, mesure 41 centimètres, déformations craniennes légères. Il meurt rapidement après l'opération.

OBS. VII. — *Grossesse extra-utérine avec enfant vivant, extirpation du placenta, guérison.* (Popoff. *Wratsch* 1905).

Femme âgée de 20 ans. 2 fausses couches, dernières règles décembre 1903. En février 1904 perte de sang et de caduque. En mars douleurs abdominales, nausées, vomissements. Dans le courant de l'été mouvements actifs du fœtus. Chobrak fait le diagnostic de grossesse ectopique vers le huitième mois; par la palpation de l'abdomen deux tumeurs sont perçues. La malade refuse l'opération pour ménager la vie de l'enfant. Le 13 septembre faux travail, laparotomie. Le kyste fœtal est très adhérent et très vasculaire. Ablation totale, l'enfant retiré. Le placenta présente des insertions pelviennes, il est extirpé *en même temps que les annexes du côté correspondant*. L'examen histologique permet de conclure à la grossesse ovarienne. Hémorragie moyenne. Guérison de la mère. L'enfant est bien constitué, il pèse 2.950 grammes et se développe bien.

OBS. VIII. — *Grossesse abdominale à terme avec enfant vivant, extirpation du kyste, guérison.* (Hornemann, *Hospital Tidende*, 1908).

Femme 25 ans, bipare, 3 fausses couches. Au cours de la gestation douleurs et hémorragies sans gravité. Entre à l'hôpital en douleur, le travail traine, cathétérisme utérin, cavité vide. Le palper ne donne aucun renseignement, fœtus transversalement placé. Laparotomie. Le fœtus est libre dans le péritoine. Le placenta est inséré sur la trompe droite,

extirpation des annexes et du placenta, pas d'hémorragie.

Guérison de la mère.

L'enfant pèse 3.300 grammes, mesure 48 centimètres. Tête aplatie à l'occiput. front pointu, menton dévié à gauche. jambe gauche infléchie latéralement à 90 degrés, les deux pieds sont bots. L'enfant meurt.

OBS. IX. — *Grossesse intra-ligamentaire à terme, enfant vivant, extirpation du placenta, guérison.* (Kupferberg *Central. f. gyn.* 1903).

Femme âgée de 36 ans, 1^{re} pare. Vers le 3^e mois douleurs abdominales, pertes sanguines. La grossesse ectopique est reconnue à 5 mois, évolution favorable au voisinage du terme, laparotomie. Le kyste est contenu dans le ligament large droit. L'extirpation du placenta détermine une forte hémorragie et la déchirure de l'uretère droit qui nécessite dans la suite une néphrectomie. L'hémorragie est arrêtée par tamponnement.

Guérison définitive de la mère.

L'enfant de 2.500 grammes débile, meurt au bout de trois semaines.

OBS. X. — *Grossesse extra-utérine opérée au terme, extirpation du placenta, guérison.* (W. Perles. *Central. f. gyn.* 1903).

Femme de 38 ans 1^{re} pare. Pendant les premiers mois douleurs et métrorrhagie. Puis évolution satisfaisante. Au 40^e mois après les dernières règles l'enfant n'est point mort, la grossesse ectopique étant reconnue on opère. Ablation du placenta. Guérison de la mère. L'enfant est malformé; raideur des coudes, pieds bots, aplatissement bilatéral de la tête. Il pèse 3.500 grammes. Il a survécu jusqu'à 14 mois. Depuis, il a été perdu de vue.

OBS. XI. — *Grossesse ectoptique, reconnue à six mois, opérée à terme, extirpation du kyste, enfant vivant, guérison.* (Werder, *Amer. J. of. obst.* 1908).

M^{rs} T... 35 ans, entre à Mercy hospital en janvier 1894. Elle présente une grossesse extra-utérine de six mois. On décide d'attendre le terme. La laparotomie est pratiquée quelques jours avant la fin du 9^e mois. Le sac est adhérent à l'intestin, le placenta a des insertions tubaires. Le sac est ouvert, extraction de l'enfant. Tentative de décollement du placenta, forte hémorragie. Ligature des deux artères tubaire et utérine, arrêt de l'hémorragie, le placenta est enlevé après section des annexes correspondantes ; cependant une partie des membranes doit être abandonnée par suite de leur forte adhérence intestinale. Ces reliquats sont attirés à l'extérieur et suturés à la paroi, pansement à la gaze iodoformée, drainage.

Guérison heureuse de la mère. L'enfant est très vigoureux mais il présente des malformations multiples. (Jambes distordues, pieds bots, déformations crâniennes). Il est pris subitement de dyspnée et de fièvre, le 4^e jour il meurt cyanosé, de broncho-pneumonie selon toute vraisemblance. L'autopsie n'a point été faite.

OBS. XII. — *Grossesse extra-utérine reconnue à six mois, opérée au voisinage du huitième, enfant vivant, guérison.* (Werder, *Amer. J. of. Obstet.* 1908).

M^{rs} R., 30 ans. Dernières règles 13 mars 1907. En avril douleurs et pertes rouges. Mai douleurs syncopales. Mi-juin nouvelle crise, *curettage pour fausse couche, des débris placentaires et un embryon, sont extraits.* Amélioration notable. Le 19 septembre elle rentre à Mercy hospital. Déformation de l'abdomen. A droite tumeur fœtale, l'enfant est vivant. A gauche et en arrière utérus retroversé et hypertro-

phié, Col mou dévié en haut. Les douleurs surviennent à nouveau, l'opération est décidée et pratiquée le 17 octobre 1907. Sac intra-ligamentaire. A sa surface vaisseaux énormes, ils sont soigneusement liés. Ouverture du sac, extraction du fœtus, peu de liquide amniotique, ligature des pédicules utéro et utéro-ovariens. Ablation facile du sac sans hémorragie, fermeture de la paroi, pas de drainage.

Guérison parfaite de la mère.

L'enfant est faible, mal développé. Malformations considérables, atrophie faciale gauche, plicature de l'oreille droite, atrophie de l'index et du médius droit, distorsion des jambes, pieds bots atypiques. Mort de l'enfant 3 jours après l'opération.

OBS. XIII. — *Case of extra-uterine pregnancy with a living child : the placenta removed.* (Sutton. *Ohio medical Journal*, 1906. P. 1178).

Grossesse ectopique reconnue à terme. Laparotomie. Le placenta est extirpé. Hémorragie abondante. Tamponnement drainage. Suites heureuses pour la mère. L'enfant retiré vivant présente des malformations crâniennes peu accentuées et un pied bot gauche. Il pèse 3 livres, son développement est normal. Il survit.

OBS. XIV. — *Grossesse ectopique, rupture précoce de la trompe. Développement du fœtus dans la cavité abdominale. Opération au voisinage du terme. Ablation du placenta. Guérison.* (Harry-Hufkin. *Amer. J. of. obst.* 1900).

M^{rs} D. 35 ans. Bipare, dernières règles 26 octobre 1898. 3 janvier, douleurs vives, nausées syncope, col ramolli, troubles vésicaux rectaux. Diagnostic : *utérus gravide retroversé*. Fin janvier nouvelle crise. Mars et avril douleurs. A cinq mois mouvement actifs du fœtus, essais infructueux de réduction de la retroversion utérine. Le cinquième et sixième

mois sont favorables. Le diagnostic exact est fait : on pense à la grossesse ectopique, cathétérisme utérin difficile, le col est rétropubien, cavité vide. A huit mois les douleurs recommencent. Laparotomie, ablation du placenta et de la trompe gauche en bloc après extraction de l'enfant libre dans le péritoine.

Guérison de la mère. L'enfant est bien développé et viable mais mal constitué, tête aplatie, distendue, bec de lièvre, pieds bots bilatéraux, mains déviées. L'enfant survécut.

Obs. XV. — *Grossesse ectopique intra-péritonéale, faux travail à sept mois. Laparotomie. Extraction de l'enfant vivant et du placenta. Guérison de la mère en vingt jours (Jacomet Echo médical du Nord 23 juin 1907)!*

Femme T., 26 ans, primipare, fièvre typhoïde, salpingite droite non opérée. Dernières règles 26 septembre 1906.

Les cinq premiers mois de la grossesse sont assez pénibles, douleurs, nausées par alternatives. Sent remuer en février 1907. A partir du cinquième mois elle mène une existence précaire jusqu'au terme. Le 5 avril 1907, douleurs simulant celles de l'accouchement, le travail traîne, le col ne se dilate pas, on l'envoie à l'hôpital. Femme fatiguée, température normale, ventre déformé, enfant vivant très facilement accessible, dos en avant, tête à gauche pied à droite, col mou : hystérométrie pratiquée, cavité vide, diagnostic : grossesse ectopique. Laparotomie; ouverture de l'abdomen, membranes incomplètes, extraction de l'enfant, il doit être ranimé. Le placenta est inséré sur l'utérus, vessie paroi abdominale; décollement pénible au bistouri; hémostase, tamponnement, drainage.

Guérison de la mère le 21^e jour après l'opération.

L'enfant, sexe féminin, pèse 2.340 grammes, mesure 42 centimètres; atrophie des orteils, bien conformée de part ailleurs. La mère quitte l'hôpital avec son enfant.

OBS. XVII. — *Grossesse ectopique opérée au voisinage du terme, fœtus vivant libre dans la cavité péritonéale. Ablation du placenta. Guérison* (Bland Sutton, *British medical Journal*, London 1898).

Femme présentant une grossesse abdominale. La gestation a été marquée par une crise douloureuse symptomatique d'une rupture relativement tardive. Au voisinage du terme la grossesse ectopique est reconnue. La laparotomie est pratiquée. Les membranes représentées par l'amnios s'étaient déjà rompues, le fœtus est situé dans la cavité péritonéale. Il est extrait. Le placenta et ce qui reste de l'amnios sont enlevés avec la trompe gauche après le pincement des vaisseaux afférents. Pas d'hémorragie. L'enfant est vivant, il est chétif et meurt au bout de 3 heures. Guérison de la mère.

OBS. XVII. — *Grossesse ectopique avec enfant vivant, opération à 5 mois et demi. Guérison de la mère.* (Plauchu, *Bull. soc. obstét.* Paris 1913).

Femme âgée de 26 ans, primipare, dernières règles le 9 mai 1912. En juin : douleurs, pertes rosées. Le 22 juillet, douleur vive et subite, ventre sensible, diarrhée. Garde le lit une semaine. 15 août; violente douleur, collapsus, perte de sang : glace, repos caféine. Jusqu'au 2 octobre douleurs, amaigrissement, perte des forces. L'examen confirme la présence dans le ventre de deux tumeurs; *on croit à une hématocele abdomino-pelvienne*: pas de mouvements du fœtus, pas de bruits du cœur. Opération le 14 octobre. Ablation du sac très adhérent. Grosse hémorragie, choc. Cependant la mère résiste, guérison complète au bout d'un mois. Le fœtus est vivant, pèse 900 grammes, meurt au bout d'une heure. Malformations nombreuses, hyperflexion des cuisses. Bras déviés en dehors à ongles obtus; pieds bots atypiques. Sillon d'insertion des membranes suivant la circonférence occi-

pito-bregmatique. Tête allongée dans l'axe occipito-mentonier.

OBS. XVIII. — *Grossesse ectopique reconnue et opérée au cinquième mois, enfant vivant, guérison*, (Le Bec, *Paris chirurgical* 1870 n° 1).

Grossesse de 5 mois; on décide l'opération. Le kyste fœtal est situé à droite de l'utérus (dépendant de la trompe). Les adhérences sont nombreuses et la vascularisation notable, membranes transparentes. L'ablation se fait facilement après ligature des pédicules utérins et utéro-ovariens. Pas d'hémorragie, guérison rapide. Fœtus vivant, mort rapide. Main-bote, pied-bot gauche, luxation de la cuisse droite.

OBS XIX. — *Grossesse ectopique opérée vers le cinquième mois, extirpation. Guérison* (Le Bec, *Paris chirurgical*, 1910).

Femme enceinte de cinq mois environ; le fœtus est vivant. Le diagnostic de grossesse ectopique est fait; on décide la laparotomie. Le kyste est inclus dans le pavillon de la trompe gauche et en partie dans l'abdomen, adhérences nombreuses avec les organes voisins, ablation de la trompe et de l'œuf, pas d'hémorragies, guérison. Le fœtus ne vit que quelques minutes: main-bote, pied-bot, dystrophie du maxillaire inférieur.

OBS. XX. — *Grossesse ectopique de 5 mois et demi, extirpation, guérison* (Psaltoff, *Revue gyn.* 1903).

Femme enceinte, la grossesse est présumée normale, mais compliquée de tumeur voisine. On pratique la laparotomie. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine avec enfant vivant. Dans la trompe opposée se trouve un fœtus momifié de cinq

mois environ. Ablation des deux kystes et hystérectomie sub-totale, guérison. Le fœtus retiré vivant meurt rapidement.

OBS. XXI. — *Grossesse ectopique à 5 mois et demi. Extirpation totale de l'œuf. Guérison.* (Pryor. *Central. fur. Gyn.*). 1903.

Femme âgée de 32 ans, opérée à 5 mois et demi pour une tumeur annexielle compliquant une grossesse supposée normale. On trouve un œuf extra-utérin contenant un fœtus vivant de cinq cent grammes, extirpation totale, pas d'hémorragie, guérison.

OBS. XXII. — *Grossesse ectopique opérée vers le sixième mois. Extirpation totale. Guérison.* (Lowerfel. *Cent. f. Gyn.* 1903).

Femme âgée de 26 ans, à la cinquième semaine de sa grossesse, douleurs; à 5 mois écoulements de sang; à 5 mois et demi grossesse ectopique est reconnue : opération. Le fœtus est vivant, il succombe peu après l'opération, guérison.

OBS. XXIII. — *Grossesse ectopique opérée à sept mois et demi. Extirpation totale. Guérison.* (Alexenko. *Cent. für. gyn.* (1903).

Femme âgée de 24 ans bipare. Au quatrième mois de la grossesse, douleurs pendant huit jours et hémorragie. L'état général devenant mauvais l'opération est pratiquée vers 7 mois et demi, le diagnostic exact ayant été fait à ce moment. Ablation totale du sac. Guérison. L'enfant ne pèse que 1200 grammes, il ne vécut qu'une demi-heure.

OBS. XXIV. — *Grossesse ectopique opérée vers six mois et demi. Extirpation totale. Guérison.* (Winter. *Cent. für. gyn.* 1903).

Femme âgée de 34 ans, au quatrième mois de la grossesse

douleurs et métrorragie. A ce moment le diagnostic est fait. L'enfant est vivant, les douleurs persistent, l'opération est pratiquée à six mois et demi, fœtus libre et vivant. Le placenta est extirpé, guérison de la mère mort de l'enfant.

OBS. XXV. — *Grossesse abdominale avec enfant vivant opérée à six mois et demi. Extirpation. Guérison.* (Sturmer. *Obs. Soc. of. London* 7 décembre 1904).

Femme dont les règles ont cessé depuis six mois présente une tumeur dont la nature est mal définie. Elle ne perçoit point les mouvements du fœtus. L'opération est décidée extraction d'un fœtus vivant de 2 livres, il ne survit point, extirpation du kyste, guérison maternelle.

OBS. XXVI. — *Grossesse extra-utérine opérée au 7^e mois. Extirpation. Guérison.* (Treub. 1908 *Soc. Obst. de France.*)

Femme âgée de 43 ans. Elle est prise au cours d'une grossesse supposée normale de douleurs qui font croire à une sigmoïdite. Plus tard on constate dans l'abdomen plusieurs tumeurs et on porte le diagnostic de kyste ou fibrome interne compliquant la grossesse. A 7 mois le diagnostic réel est fait, les douleurs sont vives, opération décidée. Laparotomie, l'enfant vivant est libre dans le cœlome, extirpation du placenta, guérison de la mère. L'enfant pèse 1.950 grammes. bien constitué (on manque de détails sur son évolution ultérieure).

OBS. XXVII. — *Grossesse extra-utérine de sept mois, enfant vivant. Laparotomie. Extirpation du placenta. Guérison* (Sittener, *Arch. fur gyn.* 1901).

Femme âgée de 30 ans, tripaire. Dernières règles avril 1901. Au mois d'août, crise douloureuse prise pour une crise d'appendicite compliquant la grossesse. En octobre, douleur

et métrorragie. On pense à la grossesse ectopique. Cathétérisme utérin, vacuité de la cavité, laparatomie, ablation du placenta. L'enfant libre dans la cavité est retiré vivant. Il meurt au bout de huit heures. Il était bien constitué.

Marsupialisation des membranes. OBS. I. — *Grossesse ectopique avec enfant vivant, opérée au voisinage du terme. Guérison.* (Pinard. *Annales de gynéc. et d'obs.* 1895).

Femme N., 35 ans, primipare, entre à la clinique Baudelocque le 26 février 1895. Dernières règles juillet 1894. A eu deux pertes rosées au mois d'octobre et des douleurs qui l'obligent à s'aliter. En novembre troubles à la miction et à la défécation. Elle prend à cette époque 75 grammes de poudre de sabine repartie en 75 cachets prescrit par un médecin pour troubles menstruels. La grossesse ectopique est diagnostiquée par le professeur Berger. Le diagnostic est confirmé par le professeur Pinard. Deux tumeurs dans l'abdomen. L'une à droite, contractile l'utérus, l'autre à gauche plus volumineuse contient un fœtus vivant. Col ramolli dévié à gauche et en haut. La grossesse est de six mois. La malade est mise au repos. A 8 mois et demi, opération. Kyste, friable, vasculaire, vaisseaux difficiles à pincer. Un fœtus est retiré vivant, marsupialisation. Drainage et irrigation de la poche au sublimé à $\frac{1}{4000}$ guérison. Au bout d'un mois et demi le placenta s'élimine par fragments.

L'enfant naît étonné, facile à ranimer poids 2.730 grammes taille 47 centimètres. Dépression à gauche du maxillaire inférieur par pression contre le moignon de l'épaule. Cette malformation disparaît rapidement: allaitement facile, accroissement normal, à trois mois il pèse 5.800 grammes. Il a dépassé aujourd'hui la vingtième année.

OBS. II. — *Grossesse ectopique avec enfant vivant; laparotomie au voisinage du terme; marsupialisation, guérison.* (Pinard. *Ann. obstét et gyn.* 1899).

Femme X, âgée 37 ans. Après divers incidents survenus au cours de sa grossesse, elle vient consulter à la clinique Baudelocque. Dernières règles, janvier 1899, le diagnostic est fait le 7 novembre. On parvient à séparer le fond de l'utérus de l'œuf. Opération pratiquée le 21 décembre 1899. L'enfant est extrait vivant. Marsupialisation du kyste, drainage, irrigation, élimination du placenta complète le 1^{er} mars 1899 : guérison.

L'enfant naît étonné, facilement ranimé : asymétrie faciale, poids 2.775 grammes, taille 45 centimètres, accroissement normal. La malformation tend à se corriger après la sortie de l'hôpital.

OBS. III. — *Grossesse extra-utérine, enfant vivant, laparotomie au terme, marsupialisation, guérison* (Hood Well. *Lancet*, London 2 août 1913).

Femme âgée de 25 ans. Elle est prise au terme d'une grossesse supposée normale de douleurs simulant celle de l'accouchement. Lenteur du travail, pas de dilatation. Col ramolli. Dans l'abdomen deux tumeurs, l'une fœtale l'autre contractile l'utérus. Laparotomie, extraction d'un enfant vivant marsupialisation, guérison de la mère. L'enfant vivant, bien conformé se développe admirablement.

OBS. IV. — *Grossesse extra-utérine à terme, enfant vivant : extirpation du kyste fœtal, guérison* (Calderini, Atti, soc. Italiana di ostet. y gynec. 1904 Roma).

Femme dont la grossesse a été marquée par les symptômes habituels de la grossesse ectopique; évolution satisfaisante, diagnostic fait au terme, laparotomie. Adhérences multiples,

marsupialisation, guérison de la mère. L'enfant retiré vivant est bien constitué, il survit.

OBS. V. — *Grossesse extra-utérine à terme, extraction d'un enfant vivant, marsupialisation, guérison* (T. Coppeland Savage. *Proced. of. Royal. soc. of. med. obstet. and gyn. sec.* décembre 1911. Australie).

Primipare, 27 ans. Entre à l'hôpital d'Auckland (Australie). Aurait fait une fausse couche six mois auparavant, curettage et découverte d'une masse flanquant l'utérus. Enfant vivant, pieds dans le flanc droit, tête dans la fosse iliaque gauche. Masse unique dans l'abdomen, col ramolli, le cathétérisme utérin montre la vacuité de la cavité. Laparotomie, ligature des cuisses pour éviter la syncope. Sac complet, adhérences nombreuses; sac vascularisé. Extraction du fœtus. Tentative de décollement, grosse hémorragie, marsupialisation et temponnement, sérum, adrénaline, guérison complète au bout de six mois.

L'enfant pèse 4 kgr. 300. Torticoli accentué et pied bot varus équín droit.

OBS. VI. — *Grossesse extra-utérine chez une primipare, opération à terme, marsupialisation, tannage du placenta. Suites heureuses pour la mère et l'enfant* (Charles. *Journal d'accouchement.* Liège 1897-453).

Primipare âgée de 35 ans. Le diagnostic est fait à six mois, à la suite de la découverte de plusieurs tumeurs dans l'abdomen, le corps de l'utérus et l'œuf. L'enfant est vivant. La mère est mise en observation. Au voisinage du terme opération. Marsupialisation du kyste après l'extraction de l'enfant. Les jours suivants la poche est remplie d'un mélange à parties égales de tanin et d'acide salicylique. Le placenta se dessèche et s'élimine au bout de 40 jours. Guérison de la

mère qui depuis a eu une grossesse normale et un enfant bien portant. L'enfant est bien constitué, vigoureux. Il pèse 2.300 grammes et mesure 48 centimètres. A un an il vivait encore.

OBS. VII. — *Grossesse utérine, opération vers le huitième mois, guérison, enfant vivant.* (Sankiewicz. *Cent. fur. gyn.*, 1908).

Femme âgée de 32 ans, VI^e pare, douleurs et poussées de pelvi-péritonite. Vers huit mois la caduque est expulsée, le diagnostic fait. Le lendemain laparatomie, marsupialisation. Guérison.

L'enfant pèse 2.200 grammes, il est débile et meurt au bout de deux jours.

OBS. VII. — *Grossesse ectopique, opération à 7 mois 1/2, guérison, enfant vivant.* (Sporlin. *Central. fur. gyn.*, 1897).

Femme âgée de 32 ans, a eu six enfants. Dernières règles janvier 1896. En mars douleurs et collapsus. On fait le diagnostic de grossesse ectopique. Amélioration. Le 19 septembre elle entre à l'hôpital, souffle placentaire l'enfant semble mort. Laparatomie, tentative de décollement, hémorragie grave. Marsupialisation et tamponnement. La mère guérit malgré le choc. L'enfant retiré vivant pèse 1.200 grammes. Il mesure 37 centimètres. Malformation crânienne et du maxillaire inférieur. Il meurt deux jours après l'opération.

OBS. IX. — *Grossesse extra-utérine à 7 mois 1/2, opération, guérison.* (Hellier, *Australas Medical Gazette Sydney*, 1900).

Femme présentant une grossesse extra-utérine de 7 mois

et demi reconnue et opérée au cours d'un faux travail. Le placenta est laissé en place. Au cours de la septième semaine après l'opération, sac marsupialisé, il est retiré en bloc sans hémorragie. Guérison. L'enfant ne survécut que six heures.

OBS. X. — *Grossesse ectopique à six mois et demi, menace de rupture, laparotomie. Marsupialisation, guérison* (Boissard. *Soc. obstét.* Paris 1899).

Femme âgée de 29 ans, 3 grossesses antérieures, dernières règles 15 mars 1898. On croit à la grossesse compliquée de fibrome. Grossesse dans un utérus double. On pense également à une fausse couche, douleur intermittentes écoulements de sang, émission de caduque. M. Boissard fait le diagnostic de grossesse ectopique. Le fœtus est vivant. Le 27 octobre douleur subite et tension de l'œuf. Laparotomie d'urgence, résection des membranes après extraction du fœtus et marsupialisation, hémorragie légère, drainage.

Lavage de la poche; écoulement fétide par l'orifice. Tentative de décollement du placenta au 20^e jour, hémorragie abondante. Le 45^e jour l'élimination se fait en bloc, le délivre pèse 170 grammes. Guérison définitive 77 jours après l'opération.

L'enfant pèse 550 grammes est extrait vivant et succombe rapidement.

Abandon pur et simple du placenta. — OBS. I. — *Grossesse extra-utérine à terme, enfant vivant; laparotomie. L'enfant est libre dans la cavité péritonéale, abandon du placenta : guérison.* (Jacobs. *Sem. gynéc.* 1901).

Femme de 33 ans est prise à la fin d'une grossesse supposée normale et assez bien supportée de vomissements oli-

gurie, tenesme vésical, albuminurie, œdème. Son médecin traitant fait appeler le Docteur Jacobs. L'état général commande l'avortement thérapeutique. On met une sonde dans l'utérus, la cavité est vide, diagnostic : grossesse ectopique. Le Professeur Pinard et Duret conseillent la laparotomie. L'enfant libre dans la cavité péritonéale est retiré vivant. Le placenta est très adhérent à l'intestin, pour éviter l'hémorragie, pour ne pas retarder inutilement l'opération, le placenta est abandonné et isolé le mieux possible de la grande cavité par une colerette d'épiploon et des compresses. Drainage. Elimination progressive sans accident, guérison.

OBS II. — *Grossesse extra-utérine de 8 mois, extraction du fœtus par laparotomie, abandon du placenta, guérison.* (Bianchi, *Arch. Italiano di gynec.* Napoli 1900).

Femme réglée à 15 ans, âgée de 36 ans, dernières règles novembre 1899; douleurs vagues, pas de perte de sang. La malade se repose pendant un mois au lit. Les douleurs persistent jusqu'au septième mois. A ce moment le diagnostic est rectifié. L'enfant est transversalement placé et très accessible, la cavité utérine vide. Laparotomie à 8 mois, l'enfant est libre, les membranes font défaut; le placenta est inséré sur l'intestin et très adhérent. Il est isolé par des compresses. Elimination progressive, guérison. L'enfant du sexe masculin doit être ranimé; il vit 8 heures. Poids 2 400 grammes. Il ne présente pas de malformations.

Le pourcentage de la mortalité d'après les statistiques.

Le pronostic maternel de la grossesse ectopique avancée était autrefois franchement mauvais. Toutes choses égales d'ailleurs, l'opération pratiquée pendant la vie de l'enfant, entraînait la mort dans le plus grand nombre de cas, par hémorragie, péritonite, septicémie.

Puech en 1876 rapporte . 20 cas . . . 16 morts (80 p. 100).

Naygrier en 1886 rapporte 17 cas . . . 15 — (88 p. 100).

Harris en 1888 rapporte. . 30 cas . . . 25 — (80 p. 100).

Devant ces résultats déplorables certains prirent le parti de n'intervenir qu'après la mort de l'enfant et la flétrissure du placenta ! Cette méthode qui comportait une expectative de longue durée était de plus incertaine quant au résultat recherché. Elle ne fut pas longtemps suivie ; d'ailleurs les statistiques iront en s'améliorant dans la même mesure que la technique chirurgicale fondée sur la connaissance de l'anatomie pathologique du kyste extra-utérin.

Le Pr Pinard en 1892 rapporte 47 cas . 6 morts (28,2 p. 100).

Orrillard en 1894 rapporte . . 61 cas . 33 — (33 p. 100).

Harris en 1898 rapporte . . . 77 cas . 41 — (53 p. 100).

α) Les 20 premières observations (1805) donneront 15 morts.

β) Les 20 dernières — — — — 5 —

1 cas de rupture à six mois.	guérison.
1 cas de menace de rupture à six mois.	guérison.
13 cas exempts de complications	1 mort
(Hémorragie opératoire).	

Concluons : Dans l'ensemble, le pourcentage de la mortalité — en ce qui concerne la mère — est encore élevé. Un petit nombre de décès doit être attribué aux seuls accidents opératoires, toujours possibles, mais plus fréquents certainement, lorsque l'intervention est pratiquée après une évolution prolongée de la gestation. Le plus grand nombre relève des complications, soit qu'elles aient occasionné la mort directement, soit qu'elles aient rendu impossible le succès de l'opération.

La grossesse ectopique est donc une anomalie dangereuse, cela n'est pas douteux. C'est pourquoi la solution la plus radicale, dans l'intérêt de la femme, consiste à l'interrompre, aussitôt qu'elle est reconnue. Cette méthode à coup sûr entraînera assez souvent, le sacrifice de l'enfant. Etant donné :

1° L'absence relative d'accidents graves dans un grand nombre de cas.

2° La fréquence des succès opératoires.

3° La coïncidence des complications avec les erreurs de diagnostic et le défaut de moyens prophylactiques quelconques, certains se sont demandé s'il n'y avait pas mieux à faire.

Peut-on sauver l'enfant tout en ne faisant courir à la mère que des risques minimes. Telle est la question. Avant de l'envisager, il convient de savoir ce qu'il advient du fœtus.

PRONOSTIC FŒTAL

Le pronostic fœtal est dans une large mesure, fonction du pronostic maternel.

1. Quelques accidents sont susceptibles d'interrompre la gestation et de faire mourir le fœtus dans l'œuf.

2. Les troubles de la santé maternelle retentissent sur l'organisme fœtal.

3. Les menaces de complications même, entraînent une intervention prématurée.

Il y a donc fréquemment entre la mère et l'enfant échange de mauvais procédés. Ces faits ne nous retiendront point; en effet quand ils se réalisent, la nécessité de sauver le fœtus passe au second plan.

Cependant en l'absence de tout accident on doit se demander jusqu'à quel point l'enfant peut se développer dans les conditions où il se trouve et acquérir des aptitudes suffisantes à la vie. Il est logique de penser qu'il ait à souffrir sans que la mère soit incommodée. Pratiquement cette hypothèse est souvent réalisée comme nous allons le voir.

Causes susceptibles d'entraver le développement du fœtus dans l'abdomen maternel.

I. — L'INSUFFISANCE PLACENTAIRE ET SES CONSEQUENCES

La mort du fœtus dans l'œuf, la débilité de l'enfant retiré vivant à laquelle il succombe d'ordinaire relèvent dans une large mesure de l'insuffisance placentaire. C'est par l'intermédiaire du placenta en effet que le fœtus reçoit l'oxygène indispensable à la vie et les substances nécessaires à l'édification de ses organes. Lorsque les villosités choriales pénètrent dans l'épaisseur de la trompe ou de l'utérus elles rencontrent des vaisseaux importants. Des lacs sanguins volumineux sont constitués. Sur l'épiploon, les franges épiploïques, certains mesos (faux du péritoine) les adhérences choriales sont également vasculaires (neo. vaisseaux). Elles sont au contraire purement conjonctives sur l'intestin et le péritoine pariétal (Goubareff). Dès lors il est facile de comprendre comment. Les fonctions placentaires peuvent devenir déficientes malgré le volume souvent considérable de l'organe. Le placenta n'est physiologiquement actif qu'en certains endroits. D'ailleurs les

décollements parcellaires, susceptibles de se produire consécutivement à l'ampliation de l'œuf restreignent encore le champ de l'hématose.

Mort du fœtus avant l'époque de la viabilité. —

Lorsque l'apport d'oxygène devient insuffisant l'enfant succombe. A une époque éloignée du terme aucun signe prémonitoire ne se manifeste; cependant l'absence des mouvements actifs et des bruits du cœur, l'apparition du lait dans les seins, la disparition des symptômes sympathiques, l'affaissement du ventre, l'expulsion de la caduque, attirent, en général, l'attention et indiquent que la rétention est constituée. C'est ainsi que meurent avant le septième mois un grand nombre d'enfants, à ce moment rien ne saurait être tenté d'utile, pour les secourir. Du reste leur mort passe inaperçue.

Les prématurés. — Il en va autrement lorsque la grossesse est plus avancée. Des douleurs apparaissent périodiques comme celles de l'accouchement, elles durent plusieurs heures, parfois plusieurs jours. Les bruits du cœur fœtal se ralentissent et même, si l'on intervient à temps, il n'est pas rare de trouver le liquide amniotique coloré en vert par le méconium (Potocki, Martin). L'enfant est cyanosé, il a fait des mouvements respiratoires prématurés, il doit être insufflé. Ces symptômes sont pathognomoniques de l'asphyxie, tout se passe comme lorsqu'on le cordon est comprimé au cours de l'accouchement normal. Quoiqu'il en soit le faux-travail survient souvent avant le neuvième mois. Il signifie

que le fœtus ne peut plus continuer à vivre dans l'abdomen; l'extraction prématurée s'impose.

Les débiles à terme. — Mais ce n'est pas tout. En même temps que le placenta assure l'hématose il doit pourvoir aux besoins de la nutrition. L'insuffisance dans l'apport des matériaux nécessaires à la nutrition se traduit par de l'amaigrissement. Le poids d'un fœtus extra-utérin peut être notablement inférieur au poids d'un fœtus du même âge développé dans l'utérus. C'est pourquoi l'enfant prématuré se montre d'ordinaire tout à fait incapable de vivre (1); à terme; il est souvent débile et difficile à élever (2). Il semble donc qu'une

(1) TREUB (*Soc. obstét. France* 1908). — Faux travail à 7 mois 1/2, poids du fœtus 1.950 g., bien constitué pas de détails ultérieurs.

HELLIER (*Austrolas médical gaz.*, 1908). — Faux travail à 7 mois 1/2; enfant vivant bien conformé, ne vécut que six heures.

SPORLIN (*Cent. fur. gyn.*, 1897). — L'enfant extrait à 7 mois 1/2, bien constitué, poids 1.200 — Taille 37 cent. Malformations crâniennes et du maxillaire inférieur, mort rapide.

SITTENER (*Arch. f. gyn.*, 1907). — Enfant extrait à 7 mois, mort rapide (menace de rupture).

ALEXENKO (*Cent. f. gyn.*, 1903). — Opération à 7 mois 1/2, mauvais état général de la mère, poids 1.200 grammes, survit 1 h. 1/2.

WERDER (*Amer. J. of. obstét* 1908). — Opération à 7 mois 1/2 enfant débile et malformé (jambes et bras distordus, mort rapide).

(2) MURATOFF (*C. fur. gyn.*, 1903). — Opération à 8 mois 1/2, enfant bien conformé, poids 1.500 grammes. A survécu??

BIANCHI (*Arch. Italien. gynec. Napoli.*, 1911). — Opération à 8 mois, enfant bien conformé, poids 2.800 grammes, meurt en 48 heures.

SANKIEWICZ (*Cent. f. gyn.*, 1903). — Opération à 8 mois, enfant bien conforme, poids 2.200 grammes, meurt en deux jours.

BLAND SUTTON (*B. M. J.*, London, 1898). — Opération à terme, pèse 1.500 g., succombe rapidement en quelques heures.

KUPFERBERG (*C. f. gynec.*, 1903). — Opération à terme, enfant bien constitué, pèse 2.500 grammes. Succombe au bout de trois semaines.

TOURNIER (*Soc. obst. de Paris*, 1905). — Opération à terme et au cours du faux travail, enfant bien conformé, pèse 1.750 g., meurt en 4 heures.

BRAUN (*Cent. fur. gyn.*, 1903). — Enfant extrait à terme, pèse 1.600 g., meurt rapidement.

JURNSKA (*Cent. fur. gynec.*, 1903). — Enfant retiré à 8 mois 1/2, déformation crânienne légère, poids 2.800 grammes, meurt rapidement.

longue durée de la gestation soit chose désirable. Cette condition, nous venons de le voir, ne se réalise pas toujours, même en l'absence de causes accidentelles, d'ailleurs les résultats ne sont pas forcément et toujours meilleurs.

II. — ACTION DES MICROBES ET DES TOXINES SUR L'ORGANISME FŒTAL

Dans l'abdomen maternel, surtout en cas de grossesse prolongée, le fœtus est exposé à resorber des toxines et produits sceptiques. Le mécanisme de cette intoxication, sa cause, ne sont pas toujours évidents. Il est parfois possible d'incriminer la toxhémie gravidique qui atteint la mère (1), parfois il s'agit d'un toxique exogène (2). Souvent on est réduit à des hypothèses : absorption de toxines et de microbes par l'intermédiaire du placenta inséré sur l'intestin (cas de Gueniot ; l'enfant mourut de pyohémie au bout de trois semaines) : absorption par la peau lorsque l'enfant est libre au milieu des anses grêles (Fournié). Un fait est indiscu-

(1) JACOBS (*Sem. gyn.*, 1904). — Opération à terme, mère affaiblie présente œdème, albuminurie, vomissement. Enfant pèse 2.800 grammes, pousse non opposable, pieds bots hypospadias, meurt rapidement.

MARTIN (*Normandie Méd.*, 1896). — Opération à terme, faux travail. Vomissement, état général mauvais. L'enfant bien constitué pèse 3.058 grammes, mort rapide.

DIEHL (*Gaz. méd. N.-Est*, 1904). — Opération à terme, rétinite albuminurique, œdème. Enfant bien conformé pèse 3.120 grammes, mort rapide.

LÂPEYRE (*Soc. de chir.*, 1907). — Opération à terme, vomissements incoercibles, l'enfant bien constitué et bien développé, succombe.

RAFFERETTY (*Med. record*, 1903). — Opération à terme, ictère amaigrissement. Enfant pèse 8 livres se cyanose et meurt.

(2) NEUGEBAUER (*C. f. gyn.*, 1898). — Opération au voisinage du terme après une longue intoxication morphinique, enfant pèse 2070 grammes, meurt rapidement, malformations crâniennes légères.

table : certains enfants extra-utérins parfaitement développés et bien constitués meurent rapidement, tantôt pâles, tantôt cyanosés (Root, Rofferey, (1) sans qu'il paraisse possible d'attribuer ces phénomènes, soit, à une faute de technique opératoire telle que l'incision du placenta (hémorragie fœtale), soit à l'asphyxie consécutive au faux travail trop prolongé.

III. — COMPRESSIONS ET MALFORMATIONS

Les conséquences de l'insuffisance placentaire, de l'intoxication sont immédiates, elles entraînent en général la mort du fœtus. Il en est d'autres à échéance plus tardive mais non moins importantes ; elles sont dues aux compressions. Lorsque le fœtus est situé dans l'abdomen la protection normalement assurée par la musculature utérine lui fait défaut. Les parois du kyste sont minces et ne se contractent pas. Souvent le liquide amniotique est en petite quantité ; des brides s'établissent dans la cavité amniotique ; des adhérences se constituent entre le corps du fœtus et les membranes (2) (Planchon, Crou-

(1) ROOT (*Amér. gynec. and Surg. J. Saint-Louis*, 1902).

MATE (B. M. J., 1898). — Opération à terme au cours du faux travail, enfant bien constitué, pèse 7 livres, meurt rapidement.

BLACK (*C. fur. gyn.*, 1903). — Opération à 12 mois, affaiblissement de la mère, poids de l'enfant 5.000 grammes, meurt rapidement, bien constitué.

(2) PLAUCHU (*Bull. soc. obst. Paris*, 1913). — Intervention à 5 mois 1/2. Le fœtus est vivant. Les membranes adhèrent au crâne suivant la circonférence SOB ; tête allongée dans l'axe OM ; hyperflexion des cuisses ; pieds bots ; bras déviés à angle obtus ; mort rapide.

CROUZEAU ET JEANNEL (*Soc. obstét. de France*, 1900). — Enfant retiré à 7 mois, les membranes adhèrent au crâne et au cordon ; malformation multiples, mort rapide.

zeat et Jeannel). Mais les cas les plus défavorables (1) selon Pinard et Pozzi sont ceux dans lesquels le fœtus est en liberté dans l'abdomen sans protection aucune. Dès lors il adopte des positions vicieuses; les parties saillantes du bassin impriment leur relief sur un organisme encore malléable; il en résulte des arrêts de développement, des malformations mécaniques analogues à celles que l'on observe dans la grossesse utérine avec oligo-amnios, dans la grossesse utérine extra membraneuse.

Les malformations sont précoces. On en a signalées chez des embryons de quelques centimètres (2). Au cinquième mois elles sont souvent considérables (Plauchu, Le Bec, Pozzi, Pinard). Selon Werder elles s'accroissent à mesure que le fœtus grossit.

D'ordinaire elles sont périphériques (3) elles atteignent les parties les plus saillantes, l'extrémité cépha-

(1) POZZI-PINARD (*Bull. obstet. gynéc. Pédiatrie*, 1909). — Le P^r Pozzi présente un fœtus retiré au cinquième mois de la grossesse, du cul de sac de Douglas, remarquable par des malformations multiples. Le P^r Pinard ajoute qu'il a observé deux cas de grossesse ectopique avec fœtus libres dans le péritoine. Les deux fœtus étaient malformés et n'ont pas survécu.

(2) ALEXANDER ET MOSKOWICZ (*Monatschrift geburstshulfe and gynök*, 1900). — Un embryon extra-utérin de 20 millimètres est atteint d'une malformation auriculaire.

LE BEC (*Paris chirurgical*, 1910). — Enfant retiré vivant par laparotomie à 5 mois; meurt rapidement; présente une main bote; pied bot gauche: luxation de la cuisse droite.

Enfant retiré vivant à 5 mois 1/2, présente une main bote; pied bot; dystrophie du maxillaire.

JAKINSTHAL (*Berlin Klin. Wochenschrift*, 1897). — Enfant retiré mort à la suite de rupture tubaire à 5 mois; présente cyphose droite; torticollis, nez écrasé; sillon crânienne d'insertion membraneuse; cuisses croisées; doigts déviés, main droite et pied bot.

(3) SUTTON (*Observ. med. J.*, 1906). — Enfant extrait vivant à terme; malformations crâniennes légères; pied bot gauche, survit.

WERDER (*Amer. J. of obstet.*, 1908). — Opération à 8 mois. Enfant débile meurt 3 jours après l'opération; présente une atrophie faciale gauche;

lique et les membres; souvent elles sont multiples. Sur le crâne on observe des aplatissements tantôt unilatéraux, tantôt bilatéraux, on peut observer également une réduction de tous les diamètres sans asymétrie, c'est-à-dire la microcéphalie. Parfois le développement des os du crâne est arrêté (exencéphalie), parfois la soudure des fontanelles et des sutures est hâtée. La face est atrophiée du côté où la compression s'exerce; il n'est pas exceptionnel que la soudure des bourgeons constitutifs du massif facial soit entravée, c'est l'origine du bec de lièvre. Le menton est fréquemment dévié, les lèvres et les oreilles plicaturées. Quand la tête a été longtemps inclinée sur le moignon de l'épaule les muscles du cou s'atrophient (torticolis) le moignon imprime son empreinte sur la face et sur le crâne. Sur la colonne vertébrale

une plicature de l'oreille droite; atrophie de l'index et du médus; pieds bots atypiques; distorsion des membres.

Enfant retiré au terme; déformation crânienne, pieds bots; meurt de pneumonie au 4^e jour.

TISSIER (*Bull. med.*, 1908). — Enfant extrait vivant à terme, aplatissement bilatéral du crâne, pied bot, survécut.

HORNEMANN (*Hospital Tidende*, 1908). — Enfant extrait vivant à terme, pèse 3.300, 48 centimètres; meurt au bout de quelques jours. Il présente un front pointu, l'occiput aplati, menton dévié, jambes déviées en dehors.

HARRY-LUFKIN (*Amer. J. of obst.*, 1909). — Faux travail à 8 mois. Enfant extrait vivant. Il présente un bec de lièvre, pieds bots, main rejetée en dehors, membres distordus, survécut.

COPPLAND-SAVAGE (*Procéd. of R. soc. of Med. Australie*, 1911). — Enfant extrait à terme dans de bonnes conditions, pèse 4.300 grammes. Malformation crânienne, pied bot droit.

JACOMET (*Echo méd. du N.-E.*, 1907). — Opération à 7 mois 1/2. Enfant pèse 2.310 grammes, taille 42 centimètres, survécut, atrophie des orteils.

TRAVERSON (*Thèse Paris*, 1917). — Enfant extrait vivant à 7 mois 1/2. Il présente une dépression temporo-pariétale droite, atrophie de la face et du cou.

BONNAIRE (*Soc. obst. de Paris*, 1911). — Enfant retiré mort au terme à la suite d'une rupture du kyste. La tête de l'enfant est inclinée sur l'épaule droite, région temporo-pariétale aplatie, déviation du maxillaire inférieur, pied bot.

on a signalé le spina bifida. Sur les membres les malformations les plus fréquentes sont les distortions, les déviations des axes, des troubles articulaires, des atrophies des doigts et des orteils, des mains et des pieds bots le plus souvent atypiques.

D'une manière générale les malformations n'entraînent pas la mort immédiate, sauf exception, parce que les organes essentiels à la vie ne sont pas intéressés. Quand elles sont légères on peut les considérer comme des phénomènes plastiques passagers qui ont tendance à rétrocéder (1), mais le plus souvent elles affectent un caractère indélébile. Dès lors elles portent atteinte à l'esthétique (2), cas relativement heureux. Des troubles plus graves ont été observés, ce sont des accidents cérébraux capables d'entraîner la mort à un moment donné (convulsion) (3) et des troubles mentaux. Il y a tout lieu de craindre qu'un enfant extra-utérin porteur de malformations crâniennes reste arriéré. Sur les membres, les

(1) PINARD (*Bull. Academ. de Med.* 1895). — Enfant retiré à huit mois vivant, poids 2730. Taille 43 centimètres, déformations crâniennes légères qui ont tendance à rétrocéder. Le développement ultérieur s'est poursuivi normalement jusqu'à plus de vingt ans.

PINARD (*Arch. d'obst. et gynec.* 1899). — Enfant retiré vivant à 8 mois pèse 2875 grammes et présente une asymétrie faciale qui a presque disparu quelque temps après la naissance.

(2) PERLES (*Cent f. gyn.* 1903). — Opération à terme. L'enfant pèse 3.500 grammes, raideur d'un coude, aplatissement bilatéral de la tête, pied bot. A survécu sans trouble jusqu'à 14 mois (été perdu de vue).

DEVRAIGNE ET DEMELIN (*Obs. inédite* 1916). — Enfant extrait au terme dans de bonnes conditions présente des déformations crâniennes par aplatissement, qui ont persisté. Il est actuellement âgé de deux ans environ, le développement a été normal jusqu'ici.

(3) POTOCKI (*Arch. d'obst. et de gynec.* 1908). — Enfant retiré vivant au terme présente une diminution de tous les diamètres crâniens (microcéphalie). Est atteint à plusieurs reprises de convulsions et de paralysies transitoires. A l'âge de quatre ans, il présente des troubles de l'ouïe, l'intelligence est nulle, il succombe à une crise convulsive.

impotences fonctionnelles qu'elles déterminent sont quelquefois irréductibles et rendent précaire et misérable (1) la vie du sujet qui en est atteint.

(1) LEPAGE (*Soc. obst. de France* 1909). — Enfant extrait vivant à la suite d'une opération malheureuse pour la mère en 1902. A l'âge de sept ans il présente une hémiatrophie faciale, une double luxation congénitale, l'incurvation de la plante d'un pied. L'intelligence est très inférieure (enfant arriéré).

Les enfants bien conformés et viables

Il est avéré que beaucoup d'enfants meurent en bas âge; un certain nombre survivent dans des conditions défectueuses; quelques-uns cependant sont viables et bien conformés (1). On peut discuter sur la fréquence de ces heureux résultats : des chiffres contradictoires ont été donnés. En réalité le nombre des enfants bien constitués qui ont dépassé un âge avancé est peu élevé (2). Il faut tenir compte, à la vérité, du fait que

(1) HOOD-WELL (*Lancet London*, 1913). — Enfant retiré au terme, poids et taille normaux, bien conformé, se développe admirablement.

BOCQUEL (*Arch. mensuelle obst. et gynéc.*, 1913). — Enfant extrait au voisinage du terme, bien conformé, a survécu.

HAND FIELD JONES (*Lancet London*, 1895). — Enfant retiré au voisinage du terme, pas de malformations, a survécu.

MULLER (*Cent. f. gyn.*). — Enfant à terme, bien conformé, a survécu.

FORSTER (*Homeop. Sur. et gyn. N. O. T.*, 1908). — Enfant à terme, bien conformé, a survécu.

DUNING (*Amér. J. of. obst.*, 1899). — Opération à terme au cours du faux travail. L'enfant est bien conformé. Il ne peut être ranimé.

TUOLHE (*Cent. f. gyn.*, 1903). — Enfant à terme, 3.250 grammes, bien conformé, a survécu.

WEYMERRCHS (*J. d'accouch. de Liège*, 1908). — Enfant à terme, bien constitué, meurt pendant l'opération.

POPOFF (*Wrotsch*, 1905). — Enfant à terme, poids 2.950 grammes, bien conformé, a survécu.

(2) CHARLES (*J. accouch. Liège*, 1897). — Enfant à terme, 2.800 grammes, 48 centimètres, bien conformé a survécu : a été suivi jusqu'à 12 mois, puis perdu de vue.

POTOCKI. — Enfant retiré à terme, bien conformé a survécu, a été suivi jusqu'à trois ans, développement physique et intellectuel excellent.

PINARD (*Bull. acad. de méd.*, 1895). — Enfant extrait à 8 mois. S'est

plusieurs d'entre eux ont été perdu de vue : cette réserve faite et malgré quelques succès incontestables, il nous semble que la grossesse extra-utérine est peu favorable à l'enfant.

Maygrier (1886) rapporte 17 cas d'enfants retirés vivants :

9 meurent en moins de 50 heures.

8 ont survécu.

3 seulement ont été suivis quelque temps.

Harris (1888) rapporte 30 cas :

16 enfants ont survécu? Pas de détails.

Orrillard (1894) rapporte 61 cas :

1° 34 enfants ont succombé plus ou moins rapidement :

24 en moins de 24 heures (débilité congénitale)

4 en moins de 48 heures (malformation)

3 au cours des premières semaines (entérite).

1 au cours des premières semaines (phlébite du cordon).

1 au bout de trois semaines (abcès multiples).

1 au bout de trois mois (convulsion).

2° 27 ont survécu :

17 sans renseignements ultérieurs.

10 avec renseignements vagues.

3° 6 enfants étaient mal conformés :

3 ont succombé (malformations incompatibles avec la vie).

parfaitement développé, intelligence normale, a dépassé la vingtième année.

LAWSON TAIT (*voir thèse Orrillard, 1894*). — Rapporte trois cas antérieurs à 1894. Deux garçons et une fille ont survécu jusqu'à un âge avancé dans des conditions excellentes.

2 ont vu leur déformation disparaître.

1 a conservé une rétraction du sterno clédo-mastoïde.

Sittener (1908) sur un nombre de 122 enfants signale :

1° 63 morts pendant la première semaine.

2° 33 morts pendant la première année.

3° 6 seulement ont dépassé cinq ans.

Nous avons nous-même retrouvé 69 cas depuis 1894.

1° 15 fois l'opération a eu lieu avant le 7^e mois.

Tous les enfants sont morts; 4 étaient malformés.

2° 54 fois l'opération a lieu après le 7^e mois.

a) 11 enfants ont survécu sans malformation.

1 jusqu'à 14 mois (Charles).

1 jusqu'à 5 ans (Potocki).

1 jusqu'à 20 ans (Pinard).

8 ont été perdu de vue rapidement.

b) 13 enfants ont survécu avec des malformations.

1 a atteint la 2^e année (enfant arriéré, Devraigne).

1 a dépassé 7 ans (enfant arriéré-impotent, Lepage).

1 est mort à 4 ans de convulsions (microcéphale Potocki).

10 ont été rapidement perdu de vue.

d) 26 enfants sont morts de débilité congénitale.

4 présentaient des malformations (incompatibles avec la vie).

En définitive, la grossesse ectopique est pour l'enfant, comme pour la mère, une *mauvaise grossesse*. Le pronostic fœtal doit comporter les plus grandes réserves.

(1) Le nombre total des malformés s'élève à 23 sur 69, soit 33 p. 100.

Conduite à tenir lorsque la grossesse ectopique avancée est reconnue comme avant la viabilité de l'enfant

OPPORTUNITÉ DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'intervention chirurgicale immédiate, constitue après le cinquième mois, comme au début de la gestation, le meilleur moyen de prévenir les complications toutes les fois que la grossesse ectopique est reconnue, avant qu'elles ne se soient manifestées. Cependant à partir du cinquième mois, lorsque l'enfant est vivant la question se pose encore de savoir s'il faut attendre l'époque de la viabilité, et qu'elle est cette époque.

I

Il convient d'abord de garantir la vie de la mère; à cette condition seulement le sauvetage de l'enfant est légitime : « Si la grossesse évolue sans accidents, si la mère est en bonne santé et ne semble pas souffrir d'une situation aussi anormale, si elle peut être surveillée et opérée *en cas d'accidents graves*, il est permis de se demander s'il ne vaut pas mieux attendre de façon à

avoir un enfant vivant sans faire courir plus de risques que dans une opération hâtive; *mais cette dernière considération passe avant toutes les autres et je pense avec Segond qu'il n'est permis d'attendre qu'à cette condition formelle que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la mère* (J.-L. Faure) ». « Je pense, écrit le professeur Pinard qu'à la fin de la grossesse extra-utérine les dangers de l'hémorragie sont sensiblement les mêmes qu'à cette époque (sixième mois), parce qu'à cette époque le placenta a acquis en grande partie son développement et c'est pour cette raison que *ne faisant pas courir plus de dangers à la mère* je préfère tenter la chance de sauver l'enfant et faire comme l'a dit Rein au congrès international d'obstétrique de Bruxelles de la chirurgie conservatrice. Non pas qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfant en agissant ainsi, car souvent les enfants meurent avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité et dans deux cas où j'ai attendu les enfants sont morts deux fois au septième mois. *Mais comme en cette occurrence nous n'avons rien à perdre* il vaut mieux à mon avis essayer de sauver les enfants dont le développement ne sera pas empêché comme cela a été fait déjà un grand nombre de fois ». Les partisans de l'expectative comptent donc, avec une conviction différente à la vérité, sur la rareté des accidents, la possibilité de les prévenir et sur la facilité de l'intervention retardée.

(1) Le Professeur SEGOND est partisan de l'expectative lorsque la grossesse est déjà avancée il conseille de sacrifier l'enfant si l'on doit attendre plusieurs mois.

Sans doute certaines grossesses ectopiques ont évolué très heureusement, mais les complications ne sont pas rares. Comme moyen prophylactique le Professeur Pinard a préconisé « une hygiène spéciale de la grossesse extra-utérine ». On peut la résumer en deux mots : repos et surveillance.

Quelques accidents en effet doivent être attribués au manque de ménagements, mais nous ne pensons pas que le repos au lit soit susceptible de les prévenir tous, parce que la fatigue, les traumatismes ne résument pas leur étiologie. Une bonne surveillance permettra, cela n'est pas douteux, d'opérer rapidement, mais toujours dans des conditions peu favorables, surtout s'il s'agit d'un accident grave d'emblée. Il est donc juste comme le dit Pozzi « de faire entrer en ligne de compte les morts qui sont les résultats de l'expectative elle-même ; *les complications ayant rendu malheureuse* une intervention qui, quelques mois plus tôt, se présentait dans des conditions favorables. »

D'ailleurs, abstraction faite des complications, il ne saurait être indifférent d'opérer tard ou d'opérer tôt. Dans la deuxième hypothèse l'extirpation, procédé de choix, est plus souvent réalisable, que si la marsupialisation s'impose, l'élimination du placenta peu volumineux est plus rapide. Enfin le pourcentage de la mortalité est moins élevé. Donc nous ne croyons pas que l'expectative même surveillée « *n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la mère,* » condition essentielle ; mais est-elle susceptible d'assurer souvent un bénéfice réel à l'enfant ?

II

« Après le cinquième mois, la vie de l'enfant doit être aussi précieuse que celle de la mère. » « On ne doit jamais opérer avant le huitième mois » Tels sont les avis de Neeloff et de Garcia-Lopez. Le désir de sauver l'enfant est certes très respectable mais des causes nombreuses s'opposent à sa réalisation. Les partisans de l'expectative eux-mêmes n'y comptent pas beaucoup. « *Les enfants meurent souvent avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité* (Pinard). » D'ailleurs les auteurs sont loin de s'entendre sur le choix du moment opportun pour extraire l'enfant.

1° Fränkel se fonde sur l'examen physique.		
2° Le Dentu.	conseille d'attendre le septième mois.	
3° Lawson Tail.	— —	le septième mois.
4° Le P ^r Pinard	— —	le huitième mois.
		(Hauteur du kyste 34 cent.).
5° Marc	— —	le neuvième mois.
6° Rein	— —	le neuvième mois.
7° Duncan et Red	— —	le faux travail.
8° Bra et Mlle traverson	— —	le plus possible.

Un fait est certain, la durée de la gestation doit être longue car le développement du fœtus dans l'abdomen est retardé. Les moyens termes destinés à ménager la mère tout en accordant quelque répit au fœtus sont destinés à aboutir à un résultat négatif. Les prématurés ne survivent pas. Malheureusement il n'est point toujours au pouvoir de l'accoucheur de prolonger l'expectative à son gré. Il faut compter aussi avec les menaces d'ac-

cidents. *Un assez grand nombre de grossesses ectopiques ont évolué jusqu'au terme et donné lieu à l'extraction d'un enfant viable qui auraient été interrompues si elles n'avaient pas été méconnues.* Le faux travail a souvent lieu avant terme et entraîné de toute nécessité l'intervention. Bref, quelles que soient les précautions prises, beaucoup d'enfants seront des prématurés.

Cen'est pas tout. Au terme même le développement fœtal est parfois insuffisant, tel enfant bien développé succombe aux effets de l'intoxication qu'il a subie pendant son séjour dans l'abdomen maternel. C'est pourquoi Ribemont, Dessaigne et Lepage ont pu écrire : « *Ce n'est que dans des cas exceptionnels de grossesse ectopique qu'on a pu extraire des enfants vivants et viables* ». En outre il convient de ne pas oublier les malformations qui affligent un certain nombre de ceux qui survivent. Elles sont la source d'accidents cérébraux, de troubles mentaux, d'impotence fonctionnelle des membres ; à tel point que Lepage présentait à la Société obstétricale de France un enfant extra-utérin de sept ans, arriéré et atteint d'une double luxation congénitale de la hanche, *se demande s'il est bon de laisser évoluer la grossesse ectopique*. Sans doute on connaît, des résultats meilleurs ; ils ne sont pas la règle. L'interruption systématique et immédiate, de la grossesse ectopique constitue, dans tous les cas, pour la mère, une prophylaxie désirable sinon indispensable. Ne pas la pratiquer c'est se priver d'un avantage certain pour un bénéfice des plus hypothétiques.

Conclusion

I. — La grossesse ectopique avancée avec enfant vivant est fréquemment considérée comme intra-utérine, soit qu'elle ne s'accompagne pas de signes spéciaux, soit qu'on se méprenne sur la signification des signes observés. La confusion est la règle, la non confusion est l'exception. Cette erreur laisse le champ libre à toutes les complications; par elle s'expliquent nombre d'opérations d'urgence, trop tardives, malheureuses, qui auraient pu être évitées. Il est donc essentiel de dépister soigneusement la situation anormale de l'œuf. Pour cela, y penser d'abord et vérifier prudemment le contenu de la cavité intra-utérine par le toucher.

II. — Après le cinquième mois, il n'est pas rare de voir évoluer la grossesse ectopique très favorablement. Abandonné à lui-même l'enfant succombe à une époque plus ou moins rapprochée du terme; le cas est fréquent. Cependant il y a toujours lieu de redouter des complications. Elles se manifestent tantôt sous forme d'accidents rapidement graves et presque toujours imprévus (rupture et hémorragie, infection de l'œuf, péritonite et septicémie, occlusion intestinale aiguë); tantôt sous forme de troubles variés (douleurs violentes, métror-

rhagies répétées, troubles par compression, toxémie gravidique). Ces manifestations retentissent assez vite sur l'organisme maternel et risquent de compromettre le succès d'une opération difficile et nécessaire. De ces faits relèvent le plus grand nombre des résultats malheureux.

III. — Dans toute hypothèse, lorsque la grossesse ectopique est reconnue, des moyens prophylactiques doivent être mis en œuvre. Le plus sûr, le seul légitime dans certains cas (menace d'accidents) consiste à interrompre aussitôt la gestation. Lorsque l'enfant ne paraît pas viable, dans l'espoir de le sauver on a, cependant, préconisé l'expectative sous la garantie du repos au lit combiné à une surveillance étroite, toutes les fois que l'intervention n'est pas immédiatement nécessaire.

IV. — Le repos au lit, la surveillance, sont des moyens prophylactiques dont l'efficacité est discutable.

1^o Pour la mère ils ne constituent pas une garantie suffisante parce qu'ils ne la mettent pas à coup sûr à l'abri de toutes les complications. Ils permettent moins de prévoir, de prévenir les accidents que d'atténuer leurs effets quand ils se manifestent. La mère reste exposée aux opérations d'urgence. D'ailleurs on la prive, le cas échéant, des bénéfices d'une opération relativement précoce. *Actuellement le succès de l'intervention est fréquent mais incertain et d'autant plus que celle-ci est plus tardivement pratiquée.*

2^o Pour le fœtus l'expectative est inopérante dans la majorité des cas. Il est difficile d'en déterminer la durée — les auteurs ne sont pas d'accord — ; souvent elle ne

peut pas être maintenue à cause d'un symptôme alarmant; enfin le fœtus, dans les meilleures conditions possibles, se développe mal. Il est en butte à l'insuffisance placentaire, à l'intoxication chronique due au voisinage de l'intestin, aux compressions. La plupart des enfants extra-utérins retirés vivants, après un séjour variable, souvent prolongé, dans l'abdomen maternel meurent rapidement. Les malformations compromettent l'avenir d'un certain nombre de ceux qui survivent, quelques-uns seulement sont viables et bien conformés. D'une manière générale le fœtus doit être sacrifié dans l'intérêt de la mère.

Vu : le Président,
POZZI

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARÉ

Bibliographie

- Orrillard. — Thèse de Paris, 1894.
- Traverson. — Thèse de Paris, 1917.
- Lemercier. — Thèse de Paris, 1900.
- Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire 1907, *Bull. soc. obstét. gynec. pédiat*, 1909.
- Le Dentu. — *Traitement de la grossesse extra utérine* 1898.
- Segond. — Compte-rendu du Congrès périodique de gynec. obstét et pédiat. Marseille, 1898. *Revue de gynéc. et chirurgie abdominale*, 1899.
- J.-L. Faure. — *La chirurgie des annexes de l'utérus. La gynécologie*, 1900.
- Bar, Brindeau, Chambrelent. — *La pratique de l'art des accouchements*, 1913.
- Bar. — *Bull. soc. obstét. de Paris*, 1898.
- Bar et Bufnoir. — *L'Obstétrique*, 1903 (Lequeux).
- Ribemont, Dessaigne et Lepage. — *Précis d'obstétrique*, 1914.
- Lepage. — *Bull. soc. obstét. de France*, 1909.
- Pinard. — *Ann. gynéc. et obstét.*, 1892-1895-1899. Fonctionnement de la clinique Baudeloque, 1893-95. *Clinique obstétricale*, 1899.
- Potocki. — *Ann. gynéc. et obstét.* 1906 et 1908.
- Bonnaire. — *Bull. soc. obstét. de Paris*, 1911.
- Jeannin. — *Bull. soc. obstét. de Paris*, 1907.
- Tissier. — *Bull. soc. obstét. de Paris*, 1909. *Bull. méd.*, juin, 1906.
- Boissard. — *Bull. soc. obstét.*, Paris, 1899.

- Doléris. — *La gynécologie*, 1898.
Macé. — *Bull. soc. obstét.*, de Paris, 1906.
Picqué. — *Soc. de chirurgie*, 1897.
Delaunay. — *Bull. soc. obstét. de Paris*, 1901.
Le Bec. — *Paris surgical*, 1910.
Bocquel. — *Arch. mensuelles, d'obstét. et gynéc. d'Angers*, 1912.
Martin. — *La Normandie médicale*, 1896.
Lapeyre et J.-L. Faure. — *Soc. de chirurgie*, 1907.
Diehl. — *Union médicale du N.-E.*, 1904.
Crouzat et Jeannel. — *Bull. soc. obstét. de France*, 1897.
Fournié (d'Amiens). — *Bull. soc. obstét. de Paris*, 1905.
Charles — *J. accouch.*, Liège, 1897.
Jacobs. — *Sem. gyn.* 1901.
Jacomet. — *Echo méd. du Nord*, 1907.
Planchu. — *Bull. soc. obstét. de Paris*, 1913.
Gallez. — *Bull. acad. royale med. Belge*, 1897.
Harris. — *Opérative gynécologie* (Howard et Kelly) 1908.
Werder. — *Ameri. J. of obstét.* N Y, 1908.
Root. — *Ameri. gynec. and surg. J.* Saint-Louis, 1902.
Dunsmoor. — *North-West. Lancet.* Mineapolis, 1904.
Dunning. — *Ameri. J. of obstet.* N Y, 1909.
Torster. — *Homeopat. surg. and. gynec.* N Y, 1898.
Hand Field Jones. — *Lancet* London, 1895.
Bland-Sutton. — *B. med. J.* 1898.
Harry-Lufkin. — *Ameri. J. of obstét.* N Y, 1900.
Hood-Well. — *Lancet*, London, 1913.
Coppeland-Savage. — *Proced. of R. soc. of med. Obstet. and gynec. sect.* Australie, 1911.
Hellier. — *British med. J.*, 1911.
Sinclair. — *J. of obstét. and gynec. of B. empire*, 1902.
Paterson. — *Obstét. soc. of London* 1901.
Bielby. — *British med. J.*, 1878.
Rafferty. — *Méd. Record*, 1903.
Henrotin. — *Soc. de gynéc. de Chicago*, 1896.

- Neelof. — *Sem. gynéc.*, 1907.
Cullingworth. — *Clinic. J. London*, 1894.
Sittener. — *Cent. fur gynéc.*, 1903. *Arch. fur gynéc.*, 1897
et 1901.
Goubareff. — *Journal akouchersta i Jeuskick*, 1913.
Jurnska. — *Cent. fur gynéc.*, 1898.
Paopoff. — *Wratsch*, 1905.
Hornemann. — *Hospital Tidende Copenhagen*, 1908.
Kupferberg. — *Cent. fur gynéc.*, 1903.
Perles. — *Cent. fur gynéc.*, 1903.
Sutton. — *Obstét méd. J.*, 1906.
Psaltoff. — *Sem. gynéc.*, 1903.
Zwerfel. — *Cent. fur gynéc.*, 1903.
Pyror. — *Cent. fur gynéc.*, 1903.
Sturmer. — *Obstét soc. of London*, 1901.
Sporlin. — *Cent. fur gynéc.*, 1897.
Jakinsthal. — *Berlin klinie Wochenschrift*, 1897.
Lemann. — *Sem. méd.*, 1895.
Espenmuller. — *Bietreige zir geburstulfe und gynéc.*, 1900.
Alexander et Moskowicz. — *Monatschrift geburshulfe und
gynäk*, 1900.
Muratoff. — *Cent. fur gynéc.*, 1903.
Black. — *Cent. fur gynéc.*, 1903.
Weymeersch. — *J. d'accouch. de Liège*, 1903.
Treub. — *Bull. soc. obstét. de France*, 1906.
Calderini. — *Atti. soc. Italia. di ostét. y gynéc.* Roma,
1904.
Bianchi. — *Archivio Italiana de gynéc.* Napol, 1900.
Ghezzi. — *Arte ostétrica*, Milana, 1902.
Garcia-Lopez. — *Cronica méd. y prog. gynéc.*, 1882.

Table des Matières

Avant-propos.	5
Les erreurs de diagnostic et leurs conséquences.	9
Pronostic maternel	15
Grossesses ectopiques compliquées	16
Grossesses ectopiques mal tolérées	30
Grossesses ectopiques à évolution normale	39
Le pourcentage de la mortalité d'après les statistiques	69
Pronostic fœtal	73
Causes susceptibles d'entraver le développement du fœtus dans l'abdomen maternel	74
Les enfants bien conformes et viables.	81
Conduite à tenir lorsque la grossesse avancée est reconnue avant la viabilité de l'enfant	86
Conclusions.	91
Bibliographie.	93



